علم النفس الصحى

Health Psychology

ترجمة
د/ هناء أحمد محمد شويخ
مدرس علم النفس الصحة الإكلينيكي
قسم علم النفس - كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي

مكتبة الأنجلو المصرية

الإهداء

إلـــــى ..

والـــــدي

ووالـــــدتي

هناء شويخ

الفهرس

كلمة محرري السلسلة ٩
التصدير ١١
مقدمة المترجمة ١٥

القسم الأول: السلوك الصحي

الفصل الأول
ما هو السلوك الصحي؟

المقدمة ٢١
١- ماذا نقصد بكلمة (صحيّ)؟ ٢١
٢- ما المقصود بالسلوك الصحي؟ ٢٣
٣- كيف يمكننا قياس السلوك الصحي؟ ٢٤
علم الأوبئة ٢٥
كيف تُنَفَذ الدراسات الوبائية؟ ٢٧
أ – الدراسات الملاحظة ٢٧
ب- الدراسات التجريبية ٣٠

الفصل الثاني
المؤثرات على السلوك الصحي

المقدمة ٣٥
ما العوامل المؤثرة في السلوك الصحي؟ ٣٧
١- السن ٣٧
٢- النوع ٣٨
٣- الوضع الاجتماعي الاقتصادي ٤٠
٤- نمط الشخصية ٤١
٥- الصلابة ٤٢
٦- المعتقدات الصحية ٤٣

الفصل الثالث
تفسير السلوك الصحي

لماذا نحتاج النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي؟ ٦٠
نموذج المعتقدات الصحية ٦١

- ما أدلة صحة نموذج المعتقدات الصحية؟ ٦٢
- تطبيق نموذج المعتقدات الصحية ٦٣
نظرية السلوك المخطط ٦٦
- ما أدلة صحة نظرية السلوك المخطط؟ ٦٧
- تطبيق نظرية السلوك المخطط ٦٨
نموذج مراحل التغيير ٧٠
- ما أدلة صحة نموذج مراحل نموذج التغيير؟ ٧٢
- تطبيق نموذج مراحل التغيير ٧٢
- مشكلات نماذج تغيير السلوك ٧٤

القسم الثاني: تعزيز الصحة

الفصل الرابع

ما المقصود بتعزيز الصحة؟

المقدمة ٨٣
ما المقصود بتعزيز الصحة؟ ٨٣
مناحي تعزيز الصحة ٨٥
١- منحى تغيير السلوك ٨٦
٢- منحى التمكين الذاتي ٨٩
٣- منحى تطوير المجتمع ٩٠
وسائل الإعلام ٩٤

الفصل الخامس

تخطيط تعزيز الصحة وتقييمه

المقدمة ١٠٥
ما التقييم؟ ولماذا يعد ضروريًّا؟ ١٠٥
ما العوامل المؤثرة في نجاح حملات تعزيز الصحة؟ ١٠٧
عملية التخطيط لحملات تعزيز الصحة ١١١
١- ما الذي أحاول تحقيقه ١١١
٢- ماذا يجب علي القيام به؟ ١١٣
٣- كيف أعرف ما إذا كنت قد نجحت؟ ١١٦
كيف يمكننا معرفة ما إذا كانت حملة تعزيز الصحة قد حققت التأثير المرغوب؟ ١١٩

القسم الثالث: أمثلة لموضوعات صحية

الفصل السادس
المشقة

المقدمة ١٢٧
كيف يمكن تعريف المشقة؟ ١٢٧
كيف يمكن تأثير المشقة؟ ١٢٩
مصادر المشقة ١٣٥
كيف يمكن قياس المشقة؟ ١٣٧
كيف تؤثر المشقة علينا؟ ١٤١
١- المعرفي ١٤١
٢- السلوكي ١٤٣
٣- الفسيولوجي: المشقة وجهاز المناعة ١٤٦

الفصل السابع
إدارة المشقة ومواجهتها

المقدمة ١٥١
ما المواجهة؟ ١٥١
الشخصية والمواجهة ١٥٣
الآليات الدفاعية ١٥٤
المساندة الاجتماعية والمواجهة ١٥٦
إدارة المشقة ١٥٨
١- أساليب الاسترخاء ١٥٨
٢- الأساليب السلوكية المعرفية والاجتماعية ١٦٢

الفصل الثامن
سلوك الأكل

المقدمة ١٧١
الاهتمامات الصحية، سلوك الأكل والثقافة ١٧٢
التفسيرات البيولوجية لسلوك الأكل ١٧٦
التفسيرات التطورية لسلوك الأكل ١٧٧
التفسيرات النفسية لسلوك الأكل ١٧٩
النظام الغذائي ١٨٥

الفصل التاسع
اضطرابات الأكل

المقدمة ١٩٣
فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي ١٩٤
- الأسباب ١٩٥
- المشكلات ١٩٨
- الإدارة ١٩٩
السمنة ٢٠٢
- الأسباب ٢٠٣
- المشكلات ٢٠٧
- الإدارة ٢٠٨

المصطلحات ٢١٥
المراجع ٢٢٩

كلمة محرري السلسلة

يستمد علم النفس الصحي مصادره وأصوله من مجالات مختلفة منها على سبيل المثال: علم الاجتماع، والطب، وسياسة صنع القرارات. وقد دمجت "كارين رودهام" هذه المجالات معًا، واستخلصت منها كتابًا بهذا العنوان "علم النفس الصحي".

وقد وقع الترشيح على "كارين" لتأليف هذا الكتاب ليكون ضمن هذه السلسلة العلمية، وكذلك لما لهذا الكتاب من مطالب خاصة طبقًا لعنوانه، فقد احتجنا إلى كاتب يكون قادرًا على إنتاج هذا الكتاب، الذي سيصبح فيما بعد ذا صلة بمجموعة كبيرة من القراء. ولم يُحبط هذا "كارين"؛ لأن الله أنعم عليها بشخصية تتسم بالبساطة والتعمق في آن واحد، وهو ما ظهر في كتابها. حيث اتسم أسلوبها بعرض المعلومات العلمية بشكل شيق وخفيف، وهو ما أدهشنا عند قراءة هذا الكتاب.

- فإذا كنت تقرأ الكتاب في صورة "إعداد للدراسة في المرحلة الجامعية"، فستجد المادة العلمية التي تدرسها فيه، فتعمل "كارين" وتبحث وتنشر في مجال علم النفس الصحي؛ مما يمكنها من ترجمته في الشكل المفيد لك. فكثير من الكتب قد تعرض بشكل جاف وغير مترابط، لكن "كارين" استطاعت إنتاج هذا الكتاب في صورة مُحكمة علميًّا ومُرضية للقارئ.
- وإذا كنت تقرأ الكتاب ضمن "أحد المقررات العلمية داخل المرحلة الجامعية" وهو مقرر علم النفس الصحي، فستجد هذا المقرر ضمن تخصصات متعددة منها: التمريض، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، وعلم النساء، والطب .... فتدرك "كارين" في عرضها لمادة علم النفس الصحي مدى ملاءمتها لتخصصات متعددة، وهو ما كان في ذهنها أثناء تأليفها هذا الكتاب.
- وإذا كنت تقرأ هذا الكتاب باعتباره شقًّا من مقرر جامعي مثل المستوى (أ)، فستجد عند استعراض بعض المعلومات داخل الكتاب ملاءمة لهذا المستوى، وكذلك ستجد المادة التي تحتاجها، بل وأكثر مما تتوقع، ونحن نتمنى أن تمثل فاتحة لشهيتك للتعمق والدراسة المستقبلية. فقراءة الدليل في نهاية الكتاب ستخبرك بمدى اختلاف مواصفات مستوى (أ) عما سيأتي بعد.

فالمجالات الكثيرة لعلم النفس الصحي تجد غايتها في تخصصات كثيرة، منها علـــى سبيل المثال: التمريض، والطب، وعلم النساء، والسياسة الاجتماعية، والعمل الاجتماعي، إضافة إلى علم النفس والموضوعات المرتبطة به. فقد جمعت "كارين" المادة العلمية من مصادر متنوعة، وهو ما جعل كتابها لا غنى عنه داخل المكتبة. فقراءة الكتاب تمثل دعمًا لكتب أخرى تقرؤها داخل التخصص، كما قد يمثل بشكل منفرد موضوع تخصص أساس. فنحن على ثقة بأن هذا الكتاب على قدر عالٍ من الإفادة والوفرة العلمية، ونحن سعداء جدًّا بإضافته ضمن سلسلتنا العلمية.

محررا السلسلة

نيجيل هولت وروب لويس

NIGEL HOLT AND ROB LEWIS

التصدير

لا يُعد هذا الكتاب وصفًا شاملاً لعلم النفس الصحي، بل يمثل نظرة عامة على بعض الموضوعات الافتتاحية داخل التخصص، فعند تأليف هذا الكتاب أخذتُ دور "المرشد السياحي"، والذي أقصده أنه عند أخذ إجازة للسفر في رحلة، فإنه عادة بمجرد الوصول نجد اجتماعًا للترحيب، وهدفه أن يقوم ممثل هذه الرحلة بإعطاء نظرة عامة على أماكن النزهة المتاحة لنا، على أمل أن يفتح هذا شهيتك بدرجة كافية لزيارة هذه الأماكن. ودوري في هذا الكتاب سيكون مشابهًا لهذا الدور، بمعنى أني سأقدم بعض المعلومات التي تزيد استبصارك؛ لتكون على مقدرة بتكوين فكرة عن تخصص علم النفس الصحي، متمنية من ذلك أن تمثل مشاركتي بحماس في هذا التخصص دافعًا لك؛ لتبحث أكثر عن المعلومات بشكل أعمق، وتقرأ المزيد في عناوين هذا التخصص.

يهتم علم النفس الصحي بدراسة العمليات النفسية في الصحة والمرض والرعاية الصحية (Kaptein and Weinman, 2004)، ويدرس الاختصاصيون النفسيون للصحة العوامل السلوكية المرتبطة بالحفاظ على الصحة، بالإضافة إلى اكتشاف كيفية مساعدة المرضى على التوافق مع مرضهم والشفاء منه. ولهذا يركز الاختصاصي النفسي للصحة على نطاق واسع على الاضطرابات الجسمية Physical Disorders مثل الأمراض المزمنة، والأورام السرطانية، والألم المزمن، والمشقة، والإقلاع عن التدخين، وإنقاص الوزن.

ويخلط الكثيرون بين علم النفس الصحي وعلم النفس الإكلينيكي، وربما من الضروري أن نسلط الضوء باختصار على الفرق بين التخصصيين، ففي حين يركز الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون على مشكلات الصحة العقلية مثل اضطرابات المخاوف المرضية، والقلق، والاكتئاب، نجد تركيز علم النفس الصحي على الاضطرابات الجسمية. وبوجه خاص، يطبق الاختصاصيون النفسيون للصحة البحث النفسي ومناهجه في أربعة مجالات هي:

١- الوقاية وتدبر الأمراض.
٢- تحديد العوامل النفسية والسلوكية المُسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية.
٣- حماية الصحة والحفاظ عليها.
٤- تحسين نظام الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية.

١- الوقاية وتدبر الأمراض The Prevention and Management of Illness:

تركـــز الوقاية من الأمراض وتدبرها على الذين تم تحديدهم بالفعل مستهدفين للإصـــابة بالأمراض، حيث تساعدهم على اكتشاف الأعراض في مراحلها المبكرة بدرجـــة كافية مما يُعينهم على وقف تطور الأمراض أو على الأقل إبطاؤها خلال تطبيق التدخلات النفسية.

٢- تحديد العوامل النفسية والسلوكية المُسهمة في الإصابة بالأمراض الجسمية

The Identification of Psychological and Behavioral Factors Contributing to Physical Illness:

يهـــتم الاختـــصاصيون النفسيون الصحيون بالعلاقة بين علم النفس والصحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. وبصيغة أخرى: من المعروف أن أسلوب الحياة التـــي يعيشها الأفراد في حياتهم تؤثر بشكل مباشر على حالتهم الجسمية، وبالتالي يكـــون لها تأثير على صحتهم؛ ولهذا فإن الشعور بالمشقة يؤثر بشكل مباشر على العمليات الفسيولوجية الجسمية. وعلى النقيض من ذلك، يظهر التأثير غير المباشر مـــن خـــلال طريقة تفكير الأفراد المتبلورة في سلوكهم؛ أي الانخراط في ممارسة مـــثل هذا السلوك، مثل: تناول الكحوليات والطعام بكثرة، وانعكاس ذلك سلبًا على الصحة.

فالاختصاصيون النفسيون للصحة درسوا أمراضًا جسمية متعددة؛ وذلك لتحديد العـــوامل النفـــسية المُسهمة في تطور الأمراض أو استمرارها، فعلى سبيل المثال، يرتبط مرض الشريان التاجي Coronary Heart Disease بسلوكيات مثل التدخين، وتـــناول الطعام، ونقص ممارسة الرياضة، كما أن بعض أنواع الأورام السرطانية تـــرتبط بأنظمة غذائية غير صحية، والتدخين، وتناول الكحوليات، وعدم المواظبة على الفحص الدوري (Ogden, 2007, p.5).

٣- حماية الصحة والحفاظ عليها The Promotion and Maintenance of Health:

أمـــا عن مجال حماية الصحة والحفاظ عليها، فإنه يتجه نحو الأفراد الأصحاء لـــزيادة وعـــيهم بالطـــرق التي تحمي صحتهم وتحافظ عليها. ويتم ذلك من خلال التركيز على فهم السلوكيات الصحية وتغييرها.

٤- تحسين نظام الرعاية الصحية وتشكيل السياسة الصحية

The Improvement of the Health Care System and the Formulation of Health Policy:

يهـــتم أيضًا الاختصاصيون النفسيون للصحة بفهم تأثير نظام الرعاية الصحية والـــسياسات الصحية على سلوكنا. وعلى الرغم من أن البحث في هذا المجال ليس

وفيــرًا مقارنـــة بالمجـــالات الـــثلاثة السابقة، فإنه يمثل دورًا مهمًّا للاختصاصيين النفـــسيين للصحة. وعلى نحو ذلك نجد أن قسم المملكة المتحدة لعلم النفس الصحي التابع للجمعية البريطانية النفسية The UK Division of Health Psychology of the British Psychological Society أنـــشأ قاعـــدة بيانات لعلماء النفس الصحي القادرين على الاستجابة للمبادرات الحكومية لضمان الاهتمامات المهنية، ولتضمين سياسات جديدة مرتبطة بالصحة.

نظرة عامة Overview :

خـــلال هـــذا الكـــتاب، ســـتجد إشارة إلى المصطلحات الافتتاحية في قاموس المـــصطلحات نهاية هذا الكتاب، بحيث تعطي تعريفات لبعض المصطلحات المعتاد استخدامها.

ويمـــيل هـــذا الكـــتاب إلـــى إمدادك بزيادة الاستبصار بتخصص علم النفس الصحي. وقد قُسم إلى ثلاثة أقسام:

القسم الأول: "السلوك الصحي"، يحتوي على ثلاثة فصول:

الفـــصل الأول: يركـــز على المقصود بكلمة "صحي"، ويقدم نظرة عامة على السلوكيات الصحية، وكيفية قياسها.

الفصل الثاني: يكشف العوامل المتعددة التي تؤثر في سلوكنا الصحي.

الفـــصل الثالث: يصف النماذج المختلفة التي تطورت، وتفسر كيفية استخدامها للتنبؤ بتغير السلوك.

أما القسم الثاني: "تعزيز الصحة"، فيتكون من فصلين:

حيث يُعد تعزيز الصحة أحد الوسائل التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون للصحة في محاولة للتشجيع على تغيير السلوك.

الفـــصل الـــرابع: يركز على تعريف تعزيز الصحة، وتفسير المناحي المختلفة التي يستعان بها عند تنفيذ التدخلات الخاصة بتعزيز الصحة.

الفـــصل الخـــامس: يكـــشف الطـــرق التي يُخطط بها لتدخلات تعزيز الصحة وتقيـــيمها. فبـــصفة خاصة، تتم مناقشة العوامل التي تؤثر في نجاح (أو فشل) مثل هـــذه الـــتدخلات، إلى جانب توصيف المدى الذي تتم به معرفة ما إذا كان برنامج تعزيز الصحة قد حقق تأثيره المرغوب أم لا.

القسم الثالث والأخير: "أمثلة لموضوعات صحية": ويتكون من أربعة فصول تُغطي موضوعين رئيسين داخل علم النفس الصحي، هما: المشقة وسلوك الأكل.

الفصل السادس: يفسر المشقة، والخطوط العريضة للأنظمة الفسيولوجية التي من خلالها تؤثر المشقة، وكذلك كيفية قياس المشقة، وتأثيرها المحتمل علينا.

الفصل السابع: يفحص كيفية المواجهة الفعالة عندما نكون تحت ضغط المشقة. فتم حصر أساليب المواجهة المتعددة واستراتيجياتها، والمتغيرات المختلفة التي تتوسط العلاقة بين المشقة واستجابتنا لها.

الفصل الثامن: سلوك الأكل، ويركز على ما نأكله، وكيف أن ما نأكله يؤدي دورًا مهمًا في الحفاظ على صحتنا على المدى الزمني الطويل، إضافة إلى التركيز على الأنظمة الغذائية، كما يكشف هذا الفصل عن التفسيرات البيولوجية، والنفسية، والتطورية لسلوك الأكل.

وأخيرًا، الفصل التاسع: الذي يكشف بعض اضطرابات الأكل المتمثلة في: فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa، والشره المرضي العصبي Bulimia Nervosa، ومشكلة البدانة Obesity.

وختامًا، من الواجب علي ذكر أن هناك كثيرًا من الأفراد ساعدوني في إنتاج هذا الكتاب، فكان لهم مني جزيل الشكر، كل منهم على حدة، وأنتهز هذه الفرصة لشكرهم كتابيًّا. شكرًا جزيلاً.

المؤلفة

كارين رودهام

ديسمبر ٢٠٠٩

مقدمة المترجمة

يـــتاح للأكاديمـــي المتخـــصص عادة متابعة حركة النشر العلمي فى المجال والإطـــلاع علـــى كثيـــر من الإصدارات المتميزة، التى تغطى مجالات حديثة فى تطبـــيق علـــم الـــنفس؛ منها مجال علم النفس الصحة، وهو أحد فروع علم النفس التطبيقية المعاصرة الذي نشأ ونما وتطور خلال فترة وجيزة، بحيث أصبح علمًا له موضوعاته المحددة، ومناهجه الخاصة، وأهدافه الواضحة.

ويـــندر أن يجـــد المتخصص هذه النوعية من الكتب الأكثر تميزًا وتخصصًا، والـــذى بقدر ما يتصف به هذا الكتاب من شمول، يتصف بالعمق والدقة، وبقدر ما فيه من تأصيل بقدر ما تتسم مادته من حداثة.

ويمثل هذا الكتاب حصيلة جهد أكاديمي وعملي فى مجال علم النفس الصحة، ولعـــل مـــا دفعني للترجمة فى هذا المجال هو احتياج مرضى الأمراض الجسمية للرعاية النفسية المتخصصة إلى جانب التدخل الطبى.

وهـــذه النظـــرة تتسق مع توصية الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Association للباحثين بضرورة إجراء أبحاث هدفها الأساسى هو حماية صحة الفرد النفسية والجسمية، لذا نجد أبحاث فرع علم النفس الصحة تدور حـــول شـــقين؛ الشق الأول يركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بالصحة البدنية والنفسية، كخطوة مبدئية للوقاية من الإصابة بهذه الأمراض، والشق الثانـــي يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصميم برامج للمرضى بالفعل متباينة الأهداف والوسائل، تخفف المعاناة النفسية الناتجة عن آلام هذه الأمراض المزمنة.

ويُعـــرف علـــم الـــنفس الـــصحة بأنه "الدراسة العلمية التى تهتم بالكشف عن منظومات العلاقات بين العوامل النفسية وكل من الصحة والمرض على حدة". مما تتحـــصر أهدافـــه فـــى تفعـــيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة فى مجـــالات: تحـــسين الصحة العامة، والحفاظ عليها، والوقاية من المرض، والتدخل بـــصور شـــتى تتمثل فى: تنمية أنماط العادات والسلوك الصحى، تعديل كثير من الأفكـــار والاعتقادات الخاطئة حول الصحة والمرض، علاج بعض الاضطرابات النفـــسية والنفسية الجسمية الناجمة عن الإصابة بالأمراض، كل ذلك لتحقيق أفضل نوعية حياة مرتبطة بالصحة كمًا وكيفيًا.

لـــذا أصـــبحت الدراســـات النفسية الطبية الحديثة فى مجال علم نفس الصحة تتحـــرك الآن فـــى إطـــار مـــا يعـــرف بالـــنموذج الحـــيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، وتبـــتعد عـــن النموذج الحيوي Biological Model التقليدي السابق عليه، والذي يعزو المرض إلى عوامل بيولوجية فقط.

ولعـــل مـــا دفعنـــي أيضًا للترجمة فى هذا المجال قلة ما كتب عنه فى بيئتنا العـــربية، والقلـــيل الذي اقتصر – فى حدود ما أعلم – على التركيز على الجانب التقليدي من التشخيص والعلاج الطبي.

والمتـــرجمة إذ تأمل أن يستفيد بهذا الكتاب كل من يعمل فى مجال الأمراض الجـــسمية ســـواء أكـــان اختـــصاصي نفـــسي، أو أخصائي اجتماعي، أو الأطباء والممرضات، أو حتى المرضي أنفسهم، وتتمني أن يفيد هذا الكتاب كل من الباحث العربي والمكتبة العربية.

ولا يبقي إلا أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير لمكتبة الأنجلو المصرية لتصديها لطـــبع ونشر هذا الكتاب باللغة العربية، وجهودها فى الحصول على الترخيص من الناشر الأجنبي أيضًا.

كما أن المترجمة فى شوق لتلقي ملاحظات أساتذتها وزملائها وتلاميذها على هـــذا الكـــتاب، مـــن أجل تنقيح وتطوير الترجمة لمواصلة السير على درب دعم الاستفادة من تخصص علم النفس الصحي فى جميع المجالات الطبية.

وترجو المترجمة فى النهاية أن يحقق هذا الإصدار ما تصبو إليه من فائدة لا تملـــك إزاءهـــا إلا الأمـــل فى أن يحظى برضاء القارئ المتخصص وثقته فى أنه مـــازال للعطـــاء الجاد موضع فى مجتمعنا العلمي. والأمر الذي لا شك فيه هو أن المـــنفعة من هذا الكتاب فى طبعته العربية هذه ستعوض القدر من الجهد والوقت، اللذين أنفقا فى ترجمته.

المترجمة
د. هنـــاء شويـــخ
مدرس علم النفس الصحة الإكلينيكي
قسم علم النفس – جامعة جنوب الوادي

القسم الأول: السلوك الصحي

١

الفصل الأول
ما السلوك الصحي ؟
What is Health Behaviour?

الفصل الأول
ما السلوك الصحي ؟
What is Health Behaviour?

المقدمة :

يُعـتقد دائمًا أن السلوكيات الصحية مجموعة من التصرفات التي ننخرط فيها بـشكل قـصدي لتحقـيق الصحة الجيدة أو للحفاظ عليها أو لتحسينها، إضافة إلى التـصرفات التـي نـؤديها لنقي أنفسنا من الأمراض؛ ولذلك أصبحت السلوكيات الصحية من الموضوعات الهامة؛ لأنه ينبغي تشجيع الأفراد على ممارستها لتعزيز فرصتهم في البقاء بصحة جيدة لفترة زمنية أطول.

وسنناقش في هذا الفصل ما يأتي:

١- ماذا نقصد بكلمة (صحيّ)؟.
٢- المقصود بالسلوك الصحي.
٣- كيفية قياس السلوك الصحي.

١- ماذا نقصد بكلمة (صحيّ)؟ What does it mean to be healthy? :

مـن الضروري أولاً للإجابة عن سؤال: "ماذا نقصد بكلمة (صحيّ)؟" أن نشير إلـى تعـريف مفهوم "الصحة"، فمفهوم الصحة من المفاهيم الشائعة جدًّا، والمتضمنة لمعانـي مخـتلفة. كمـا لاحظ "نايدو" Naidoo و"ويللز" Wills (٢٠٠٣) أن هناك وجهات نظر للصحة، وهي معروفة بكونها مفاهيم دارجة أو غير علمية، حيث تنتقل من جيل لآخر، وتصبح جزءًا من التراث الثقافي(Naidoo and Wills, 2003: 6).

وقـد حـدد "بلاكـستير" Blaxter (١٩٩٥) هذه التعريفات الشائعة للصحة، وتتضمن الآتي:

- الـصحة انعدام المرض Health as not ill: فالأفراد يعتبرون أنفسهم أصحاء إذا لم يشعروا بأي أعراض جسمانية، وكانت زيارتهم للطبيب نادرة.
- الصحة على الرغم من الإصابة بالمرض Health despite disease: فقد يعدُّ بعض الأفراد أنفسهم أصحاء، إذا أخبروا أنهم أفضل حالاً صحيًا من غيرهم، برغم كونهم ضمن المُشخصين بأحد الأمراض.

- **الصحة مرادفة للياقة البدنية Health as physical fitness**: فهناك أفراد يعدون أنفسهم أصحاء إذا تمتعوا باللياقة أو الكفاءة البدنية.
- **الصحة كجودة نفسية واجتماعية Health as Psychosocial Wellbeing**: حيث يعتبر الأفراد أنفسهم أصحاء، إذا شعروا بأنهم قادرون على خوض الحياة بكل جوانبها، أو إذا تمتعوا بالسعادة.
- **الصحة وأداء المهام Health as Function**: وذلك إذا شعر الأفراد بأنهم قادرون على أداء الأعمال المعتاد القيام بها بشكل طبيعي.

فالطريقة التي يفهم ويفسر بها الأفراد مفهوم الصحة لها انعكاسات مهمة على سلوكهم اللاحق؛ ولهذا فإن الأفراد الذين يدركون مفهوم الصحة على أنها غياب الأعراض المرضية، ربما يكونون أكثر طلبًا للنصيحة الطبية إذا بدأوا الإحساس بالأعراض المرضية، في حين أن الأفراد الذين يدركون مفهوم الصحة على أنه القدرة على أداء المهام، ربما لا يطلبون النصيحة الصحية إلا في حالة تأثير الأعراض الجسمية على قدرتهم في القيام بأنشطتهم اليومية المعتادة.

والأهم من ذلك، أن الطريقة التي نفسر بها الصحة ربما تتأثر بالتراث الثقافي الذي ننتمي له، فعلى سبيل المثال كشف "جرينهلغ" Greenhalgh وزملاؤه (١٩٩٨) أهمية توافر الخبرة بالأسباب الشائعة للإصابة بمرض السكري لدى عينة من البريطانيين البنجلادشيين، حيث أكدوا من خلال دراستهم أن نجاح علاج مرض السكري يتطلب فهم أسلوب حياة هؤلاء المرضى، ومعتقداتهم، واتجاهاتهم، وعلاقاتهم الأسرية والاجتماعية. وأفادوا أن أحد الأسباب الشائعة للإصابة بمرض السكري لدى عينة (ن=١٨) من المرضى؛ هو عدم إفراز العرق بسبب برودة المناخ في بريطانيا، إلى جانب الاعتقاد بأن الشفاء من المرض سيتم من خلال السفر إلى بلدان دافئة؛ ولذا سلط "جرينهلغ" وزملاؤه (١٩٩٨) الضوء على ضرورة فهم الأطباء للتفسيرات غير العلمية (الدارجة) للصحة (أو المرض)، وقرروا أن الخطة العلاجية والتعليم الطبي يجب أن يصمم آخذًا في الاعتبار هذه المعتقدات الراسخة؛ وذلك بسبب تجاهل المرضى النصائح الطبية في حالة تعارضها مع معتقداتهم.

وبمطالعة التفسيرات العلمية لمصطلح الصحة، نجد تعريف منظمة الصحة العالمية The World Health Organization (١٩٤٦)، وهو من أكثر التعريفات استخدامًا:

حـيث تُعرف الصحة بأنها "حالة من التكامل الجسمي، والعقلي، والاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض أو الضعف".

ويـرى "كيرتيس" Curtis (٢٠٠٠) أن مثل هذا التعريف يحتمل وجهتي نظر للـصحة؛ إحـداهما إيجابـية، وهي التركيز في تعريف الصحة على نوعية الحياة الإيجابـية أو حُـسن الحال، أما الأخرى فسلبية، وتتمثل في تعريفها في ظل غياب المرض والضعف.

وقـد تناول باحثون آخرون هذا التعريف لبناء تعريفات أخرى لمفهوم الصحة تتميـز بكونها أكثر شمولية. ومن هؤلاء الباحثين "هومانس" Homans و"أجليتون" Aggleton (١٩٨٧) إضـافة إلـى "إوليس" Ewles و"سيمنيت" Simnet (١٩٩٥) الـذين رأوا أن تعـريف مفهـوم الصحة يجب أن يتم من خلال أخذ مجموعة من الأبعـاد المخـتلفة فـي الاعتـبار، مـنها: الـبُعد الجسمي، والعقلي، والوجداني، والاجتماعـي، والروحي، والجنسي، كما يجب أن تكون التعريفات أكثر شمولاً في ضمها للتأثيرات المجتمعية فضلاً عن التأثيرات البيئية.

الملخص :

هـناك تعريفات كثيرة للصحة مستخدمة من قِبَل الأفراد العاديين أو المتخصصين. ومن الواضح أن العمل بوظيفة اختصاصي نفسي في مجال الصحة، يتطلب بدرجة كبيـرة اكتـشاف رؤيـة الأفـراد لمفهوم الصحة؛ فتوضيح كيفية فهم المتخصص لمـصطلح الصحة وتعريفها من ناحية، والوعي بما يفهمه الأفراد الذين تعمل معهم ومـا تعنـي لهـم الصحة من ناحية أخرى، يمثل الخطوة الأولية الضرورية نحو ضمان التواصل الواضح.

ويتطلب وجود صعوبات في تعريف مفهوم "الصحة" التوجه نحو ما يُسمى بـ "الـسلوك الصحي"؛ فموضوع السلوك الصحي يتميز بخصائص مشابهة من حيث التعريفات المتعددة من قبل الأفراد العاديين والمتخصصين.

٢- ما المقصود بالسلوك الصحي؟ What is health behavior? :

عـندما نفكـر في السلوك الصحي، عادة ما نربطه بالأداء السلبي مثل تناول الكحولـيات بكثرة، أو التدخين، أو تعاطي المخدرات، أو الأكل غير الصحي .... إلـخ. وذلـك على الرغم من أن السلوكيات الصحية يمكن اعتبارها أيضًا مجموعة التـصرفات التـي ننخـرط فيها بشكل قصدي لتحقيق حالة صحية جيدة، وللحفاظ

علـيها، بالإضافة إلى التصرفات التي من شأنها أن تضمن الوقاية من الأمراض؛ ولـذلك لـم تعُد التصرفات الإيجابية تشمل فقط أداء السلوكيات العكسية للتصرفات السلبية، مـثل التوقف عن التدخين أو تناول العقاقير أو تقليل تناول الكحوليات أو تحـسين الـنظام الغذائي أو ممارسة التمرينات الرياضية بشكل منتظم، لكنها أيضًا تـشمل أداء الـسلوكيات الوقائية مثل تقبل دعوات فحص الصحة أو – ببساطة – الانخراط في السلوكيات الوقائية مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين.

ولذا فالسلوك الصحي هو التصرف المؤدي إلى تأثير (إيجابي أو سلبي) على صـحة الفـرد، فالكثيـر من اهتمام مجال علم النفس الصحي ينصب على السلوك الـصحي أو – بشكل أكثر تحديداً – اكتشاف وسائل لتشجيع الأفراد على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية.

فقد لاحظ "مارك فورشاو" Mark Forshaw (٢٠٠٢: ١) أن متخصصي علم النفس الصحي يحاولون معرفة:

"لمـاذا يتصرف الأفراد العاديون بالطرق التي لا تشكل خطرًا على صحتهم؟ فهـم يعملـون على اكتشاف السبل التي يمكن من خلالها توفير المعلومات اللازمة لتعزيز الصحة؛ حتى يتمكن الأفراد من فهمها وتذكرها، وبالتالي أداؤها".

وتمـثل الخطـوة الأولـى في هذه العملية اكتشاف طريقة لقياس السلوكيات الـصحية، فبمجرد توفر منهج كمي لقياس السلوكيات الصحية، نكون قادرين على تقدير تأثير تدخلاتنا على السلوك موضع الاهتمام.

٣- كيف يمكننا قياس السلوك الصحي؟

How can we measure health behavior?

كانـت وجهـة النظر السائدة في المجتمعات الغربية هي تصور الصحة من خـلال النموذج الطبي Medical Model. ويفترض هذا النموذج أن الصحة وظيفة بيولوجـية، ولا تتأثر بثقافة الأفراد وأفكارهم ومعتقداتهم (Forshaw, 2002). وبعد ذلـك، أصـبحت التعـريفات المطروحة للصحة أكثر شمولية، ومن ثم رُفض هذا الـنموذج التقليدي بسبب نموذج أكثر شمولية، وهو المعروف بالنموذج البيولوجي النفـسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، حيث يقبل هذا النموذج فكرة أن الأفـراد كائـنات بيولوجية، وبالتالي يتأثر سلوكهم جزئيًا بهذه الناحية البيولوجية؛ ولـذلك يأخـذ هذا النموذج في اعتباره التأثير المحتمل لكل من الأفكار والمشاعر والثقافة والبيئة في سلوك الأفراد.

فالـــنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو الإطار الذي يؤكد على ضرورة "احتياج فهم الأفراد في سياق حياتهم"(Forshaw, 2002:5). وسوف تتم مناقشة هذا الـــنموذج بشكل أكثر تفصيلاً في الفصل التالي. أما النموذج الطبي التقليدي فيعتمد في طريقة قياسه للسلوك الصحي على نظام علم الأوبئة Epidemiology.

*** علم الأوبئة Epidemiology :**

علـــم الأوبـــئة هو علم دراسة توزيع الصحة والمرض ومحدداتها في القطاعات الـــسكانية (Rugulies et al. 2004). فالدراسات الوبائية تهدف إلى مراقبة حجم مرض محـــدد وتـــوزيعه في قطاع سكاني. كما تقوم الدراسات الوبائية أيضًا بتوفير دليل عن الأســـباب المحـــتملة للـــصحة والمرض. وتهتم الدراسات المبكرة بتحديد أسباب انتقال الأمـــراض المُعديـــة؛ وذلك لأنه من خلال تحديد مثل هذه الأسباب يمكن التعرف على أســـاليب الـــوقاية. أما في الآونة الحديثة، فقد أصبح اهتمام الدراسات الوبائية يتجه نحو تأثيـــر السلوك، وأسلوب الحياة، والتدخل الوقائي في تعزيز الصحة. كما استخدمت هذه الدراسات على أنها وسائل لوصف الحالة الصحية في قطاعات سكانية مختلفة.

وتمثل هذه المعرفة التي توفرها الدراسات الوبائية ضرورة لمختصي الصحة؛ وذلـــك بـــسبب محاولاتهم استخدام هذه المصادر المحدودة بشكل أكثر كفاءة لتحديد البرامج الصحية ذات الأولوية في تحقيق الوقاية والرعاية، كما يشارك أيضًا علماء الوبائـــيات فـــي تقييم كفاءة وفعالية الخدمات الصحية، ومثال ذلك العمل في تقدير فترة الإقامة المناسبة في المستشفى طبقًا لنوعية المرض.

ويتـــضح بـــذلك أن الدراسات الوبائية – باختصار – تمثل عنصرًا رئيسًا في تحديـــد الاحتـــياجات الـــصحية، ودراسة نمط المشكلات المرضية داخل القطاعات الـــسكانية وفـــيما بينها، والبحث عن أسباب المرض، وصياغة استراتيجيات تعزز تحقـــيق الصحة والوقاية من الأمراض، ودراسة التاريخ الطبيعي للمرض، وأخيراً التخطيط للخدمات الصحية وتقييمها.

وقـــد ركزت البحوث الوبائية المبكرة على تحديد العوامل المرتبطة بالإصابة بالأمـــراض المُعدية. ومن الذين قاموا بذلك – على سبيل المثال – "سير بيرسيفال بوت" Sir Percivall Pott (١٧١٤: ٨٨)، وهو طبيب له إسهامات هامة في مجال الطـــب خـــلال القرن الثامن عشر، والتي تمثلت في العمل بمجال علاج الجروح، وإصـــابات العظام، وكذلك مرض السل في العمود الفقري Tuberculosis of the Spine، كما أنه كان من أوائل الأطباء الباحثين في العلاقة بين الأورام السرطانية

والأسباب البيئية أو المهنية، حيث لاحظ في إحدى دراساته الوبائية المبكرة زيادة معدلات الإصابة بسرطان الخصيتين Scrotal Cancer بين منظفي المداخن في إنجلترا مقارنة بباقي السكان؛ وذلك لأنهم كانوا أثناء أدائهم عملهم يقومون بتسلق المداخن وهم عراة (بدون ملابس)، مما يُعرضهم أثناء تنظيفها لفترات طويلة لمادة "السُخام" Soot، التي تحتوي على ما يُعرف اليوم باسم المادة "المُسرطنة" Carcinogens؛ مما جعل "بوت" يطبق تكنيكًا وقائيًّا قبل حتى ظهور ممارسات الصحة العامة والطب الوقائي، وهو التكنيك الذي يتمثل في زيادة الاستحمام والنظافة الشخصية، وبالفعل لاحظ "بوت" بعدها انخفاض معدلات الإصابة بسرطان الخصيتين بين مجموعة العمال بشكل كبير(Kipling and Waldron, 1976).

لكن "جون سنو" John Snow (١٨١٣–١٨٥٨) – الذي أصبح معروفًا فيما بعد بـ "أبي علم الأوبئة" The Father of Epidemiology – استطاع التوصل إلى أن الإصابة بمرض الكوليرا Cholera تتم عن طريق انتقالها من خلال الماء غير النقي (الملوث)، حيث انتشر وباء الكوليرا في لندن عام ١٨٥٤ – أي خلال القرن التاسع عشر – وكان يتم توزيع المياه من قبل شركات خاصة، وكانت شركة "ساوثورك وفوكسهولت" The Southwark and Vauxhalt Company إحدى هذه الشركات التي لاحظ "سنو" أن معدلات الوفيات بمرض الكوليرا بين الأسر التي تمدها هذه الشركة بالمياه تتضاعف بنسبة تتراوح ما بين ٥ إلى ١٠ مرات مقارنة بالأسر التي تحصل على المياه من شركات مياه أخرى، فتوصل من خلال مزيد من التدقيق إلى أن مياه هذه الشركة ملوثة بفضلات مرضى مصابين بالفعل، وأن هذا هو المصدر الأساس لوباء الكوليرا. وقد اتبع "سنو" أسلوبًا منهجيًّا لدراسة انتشار وباء الكوليرا، فشرع في رسم "خريطة المرض" Mapping Disease، وهي تسجيل حالات الوفاة من منزل لآخر في كل شارع، واستخلص بذلك وجود نمط للتوزيع. ومن خلال هذه العملية "رسم الخرائط" أصبح قادرًا على حصر مصدر المرض في ضخ المياه في شارع "برود" Broad Street. بل توصل إلى ما هو أبعد من ذلك، حيث استطاع "همبل" بلورة نظريته وتأكيدها (Hempel, 2006:216). ومنها على سبيل المثال أيضًا ملاحظة "سنو" أن منطقة الوسط تمثل "منطقة خطر" Danger Zone؛ لأن كل ٥ من ٥٣٥ شخصًا توفوا بوباء الكوليرا، وبمنطقه نفسه، كان من المفترض أن يكون عمال مصنع "لايون بريويري" The Lion Brewery – وهو مصنع لإنتاج الجعة (البيرة) – المقيمون بالقرب من مضخة مياه المنطقة ضمن هؤلاء المصابين، ولكنه لم يعثر على أي حالات وفاة

ضـــمنهم. وبمـــزيد مـــن فحـــص هذا التناقض اكتشف "سنو" أن هناك اختلافًا في مـــضخات المياه بين المنطقتين، يضاف إلى ذلك أن عمال مصنع "لايون بريويري" يشربون الكحول بديلا للمياه تجنبًا للعدوى.

ويُعَد ما سبق قليلا من كثير مما حصره "همبل" Hempel (٢٠٠٦)، في كتاب لـــه استوحى عنوانه من فكرة أن أبحاث علماء الأوبئة تساعد في اكتشاف لغز من ســيمرض ولمـــاذا؟؛ ولـــذا جـــاء عنوانه باسم "المباحث الطبية" The Medical Detective.

الملخص:

يمثل المنظور الوبائي عنصرًا ضروريًا في سبيل تحديد الاحتياجات الصحية، ودراســة نمــط المــشكلات المرضـــية بين السكان، والبحث عن أسباب المرض، وصـــياغة اســـتراتيجيات تعزيـــز الصحة والوقاية من الأمراض، ودراسة التاريخ الطبيعـــي للمـــرض وتخطـــيط الخـــدمات الـــصحية وتقييمها. فالمهتمون بالصحة يـــستخدمون هـــذه الأدلـــة الوبائـــية لـــتحديد كل من المشكلات الصحية الشائعة، والمجموعات المستهدفة للمرض، ومدى فعالية التدخلات.

وسوف نركز في الجزء الآتي على الخطوط العريضة - باختصار - للطرق التي يمكن من خلالها تنفيذ الدراسات الوبائية.

*** كيف تُنَفَذ الدراسات الوبائية؟:**

How are epidemiological studies implemented?

يمكن تصنيف الدراسات الوبائية تبعا لكونها ملاحظة أو تجريبية، ونوضح في هذا الجزء الخطوط العريضة المختصرة عن الأساليب الأكثر شيوعًا واستخدامًا في الدراسة.

أ - الدراسات الملاحظة Observational Studies:

الدراسات الملاحظة (المشاهدة) تسمح أساسًا للطبيعة بأن تأخذ مجراها، بمعنى أن الـــباحث يقـــيس الظاهـــرة بطبيعـــتها دون أي تـــدخل. وعادة تنقسم الدراسات الملاحظة الوبائية إلى ثلاثة أنماط، هي:

١- الوصفية The descriptive.

٢- حالة الضبط The Case Control.

٣- دراسة الجماعة The Cohort Study.

١- الملاحظة: الوصفية Observational: descriptive:

يستند الوصف البسيط للحالة الصحية في أي مجتمع - بشكل روتيني - إلى البيانات المتاحة، ويُعد هذا الخطوة الأولى في الفحص الوبائي. ويقوم بهذا النوع من الدراسات في أغلب الدول المركز القومي لإحصاءات الصحة A National Centre for Health Statistics؛ حيث إن هدف الدراسات الوصفية ليس تحليل العلاقة بين التعرض للمرض وتأثير هذا التعرض، بل يقتصر هدفها فقط على مجرد تسجيل معدلات الإصابة بالأمراض Morbidity أو الوفاة Mortality.

وعلى الرغم من أن مثل هذه الدراسات يمكن أن تقدم لنا صورة عن الحالة الصحية (أو بعبارة أكثر دقة المرض) لدى قطاعات السكان، فإنها لا تعطي الصورة الكاملة؛ وذلك لأنها لا تستطيع أن توفر فهمًا واضحًا للخبرة بالمرض.

ومثال ذلك ما أوضحه كل من "نايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣: ٥٣) من أن أمراضًا مثل التهاب المفاصل Arthritis أو الفصام Schizophrenia تسبب الكثير من المعاناة والألم، ولكنها لا تؤدي إلى الوفاة المبكرة، وبالتالي لا تنعكس على معدلات الوفيات؛ مما يدل على إن الأرقام تحتاج إلى عملية تفسير، وهي عملية يجب أن تأخذ في حسابها السياق الاجتماعي وسيلةً لتفسير الأرقام التي تم الحصول عليها.

٢- الملاحظة: حالة الضبط Observational: Case Control:

تتميز دراسات حالة الضبط بأنها بسيطة نسبيًّا واقتصادية، وتستخدم بصورة متزايدة في اكتشاف أسباب الأمراض، خاصة النادر منها. وتشمل هذه الدراسات الأفراد الذين يعانون بالفعل من المرض (أو أي متغير آخر) موضع الاهتمام ومجموعة أخرى ضابطة لهؤلاء الأفراد لا يعانون من هذا المرض (أو المتغير الآخر). ومن خلال المقارنة بين الحالات المرضية والحالات الضابطة يمكن معرفة السبب المحتمل للمرض، حيث يفحص الباحثون الوقت السابق للأحداث لمحاولة تفسير حدوث المرض/ أو الحدث موضع الاهتمام. ويتم تجميع البيانات من أكثر من حالة في الوقت نفسه، وهذا يعنى أن دراسات حالة الضبط أيضًا دراسات طولية Longitudinal. كما تُسمى أحيانًا بالدراسة الاسترجاعية Retrospective؛ لأن الباحث يبحث في الأحداث السابقة من بداية الإصابة بالمرض للكشف عن الأسباب المحتملة.

ومن الأمثلة الكلاسيكية لدراسة حالة الضبط اكتشاف وجود علاقة بين عقار الثاليدومايد thalidomide drug والإصابات الطرفية لدى الأطفال حديثى الولادة

فـــي جمهورية ألمانيا الاتحادية في عامي ١٩٥٩ و١٩٦٠. فقامت الدراسة التي أجـــريت عام ١٩٦١ بالمقارنة بين الأطفال المصابين (المرضى) والأطفال غير المـــصابين (الأصحاء)(Mellin and Katzenstein, 1962). حيث وجد أن هناك مـــن بين (٤٦) حالة لأمهات لديهن أطفال ذوو تشوه في الأطراف بالفعل (٤١) حالـــة تناولت عقار الثاليدومايد ما بين الشهر الرابع والتاسع من فترة الحمل، ثم تأكـــدت هذه الملاحظة عند المقارنة بـــ (٣٠٠) حالة ضابطة لأمهات ليس لديهن أطفـــال مـــصابون بعـــيوب طرفية، ولم يتناولن هذا العقار في تلك المرحلة من الحمـــل.

٣- الملاحظة: الجماعة Observational: Cohort:

تـــسمى دراســـات الجماعة أيضًا بدراسات المتابعة Follow-up، أو دراسات الإصابة Incidence studies. وتبدأ مثل هذه الدراسات بتحديد مجموعة من الأفراد (الجماعـــة) غيـــر المصابين بالمرض، والذين يصنفون ضمن مجموعات مستهدفة وفقًـــا لاحتمالـــية تعرضـــهم لسبب المرض أو النتيجة؛ ولهذا تبدأ الدراسة بتحديد المتغيرات موضع الاهتمام وقياسها، ثم يتم تتبعها لدى الجماعة لبيان كيفية تطورها فـــي صـــورة ظهـــور حالات جديدة من المرض تختلف ما بين المجموعات التي تعرضت للمتغيرات المحددة والمجموعات التي لم تتعرض لهذه المتغيرات.

وتقدم دراسات الجماعة أفضل المعلومات حول العلاقة السببية بين المتغيرات والمرض، وكذلك تفيد في القياس المباشر لمخاطر تطور المرض.

وعلـــى الرغم من بساطة مثل هذه الدراسات، فإنها تُعد من المشاريع الكبرى، وتحتاج كذلك لفترات زمنية طويلة من المتابعة؛ لأن طبيعة المرض قد لا تظهر إلا بعد التعرض للمتغيرات بفترات زمنية طويلة.

ومـــثال ذلـــك كارثة تسمم المقيمين حول مصنع للمبيدات الحشرية في فوبال بالهـــند عـــام ١٩٨٤، حـــيث تسبب تسرب مادة كيميائية في قتل أكثر من ٣٨٠٠ شـــخص، وتـــسمم ٢٠٠٠٠٠ شخص آخرين. فالتأثيرات الحادة The acute (وهي فـــورية وقصيرة الأجل) من السهل دراستها من خلال تصميم مستعرض cross – sectional design، أما التأثيرات المزمنة The subtle (طويلة الأجل) والتأثيرات المـــتطورة بعـــد فتـــرة كمـــون طويلة فيمكن دراستها باستخدام تصميمات دراسة الجماعـــة cohort designs (e.g. Cullinan et al., 1997; Sharma, 2005; Sriramachari, 2004, 2005).

ب- الدراسات التجريبية Experimental Studies:

تجـــرى الدراسات التجريبية عندما يرغب باحث في معالجة ظرف ما؛ لتحديد ما إذا كان تغيير هذا الظرف له تأثير ملحوظ على النتيجة موضع اهتمامه.

فعلـــى ســـبيل المـــثال، قد يهتم الباحثون بالمقارنة بين علاج جديد وآخر مثل البلاسيبو (علاج غير فعال) Placebo؛ وذلك لاكتشاف مدى فعالية العلاج الجديد. والقاعـــدة الذهبـــية فـــي الدراســـة التجـــريبية هـــي أنها محاولة عشوائية منظمة Randomized Controlled Trail.

*** محاولة عشوائية منظمة Randomized Controlled Trail:**

المحاولـــة العـــشوائية المـــنظمة هي تجربة وبائية لدراسة برنامج علاجي أو وقائـــي. فالمفحوصـــون مـــن السكان يتم تقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعات، وعادة ما تسمى بمجموعات التدخل / العلاج Intervention / treatment groups والمجمـــوعات الـــضابطة Control groups، ويتم قياس الهدف من خلال مقارنة النتائج بين كل مجموعتين أو أكثر.

ومـــثال ذلك اكتشاف "سنيهوتا" Sniehotta (٢٠٠٩) تأثير ثلاثة أنواع مختلفة من أساليب الاتصال على معرفة المشتركين بالألعاب الرياضية المحلية، والمرافق التـــرفيهية، ونـــاتج الاشتراك في النشاط البدني. فتم توزيع المشاركين عشوائيًّا إلى مجمـــوعات الـــتدخل (التـــي تتلقى رسالة النشاط البدني بنمط خاص من الاتصال) والمجمـــوعات الـــضابطة (التي لا تتلقى رسالة النشاط البدني)، فوجد "سنيهوتا" - عمـــومًا - أن التغييـــرات البسيطة في الإدراك (مستوى المعرفة) لم تؤدِّ إلى تغيير الـــسلوك، ولكنه وجد أن نوعًا محددًا من أساليب الاتصال (الذي ركز على شعور المـــشتركين بـــأن لـــديهم بعض التحكم في أداء سلوكهم أو عدم التحكم - وتسمى بـــالـــتحكم المـــدرك للسلوك Perceived behavioral control) له تأثير فعال في زيادة حضور المباريات المحلية والمرافق الترفيهية. واستخلص "سنيهوتا" (٢٠٠٩) أن الـــتدخلات الـــراهنة الهادفة إلى زيادة المشاركة في النشاط البدني تكون فعالة عـــندما تـــزيد من نية الانخراط في هذا السلوك، ولكن هناك حاجة إلى المزيد من البحوث لاستكشاف كيفية استطاعة الأفراد تحويل نواياهم إلى أفعال.

الموجز:

تمـــيل البحوث الوبائية إلى اتخاذ منحى الملاحظة أو التجريب باستخدام علماء الـــنفس الـــصحي للمعطـــيات الوبائية؛ وذلك للمساعدة في تخطيط حملات تعزيز الصحة، والتدخلات، ورسائل التثقيف الصحي.

وقد كتب "مونز" Munz وزملاؤه (٢٠٠٩) مقالة تحمل رسالة جدية حول تطبيق البيانات الوبائية المكتوبة، بدلاً من التركيز على الوباء الحالي (مثل أنفلونزا الخنازير Swine Flu)، فاختار المؤلفون التركيز في ورقة بحثهم - التي نشرت بعنوان "نمذجة الأمراض المعدية لتطور عدوى الغيبوبة Infectious Diseases modeling research progress zombie infection" - على الوباء الأقل احتمالاً، وهو وباء معروف بـ "الغيبوبة الهاجمة Zombie attack"، حيث اكتشفوا سيناريوهات مختلفة في معالجة الانتشار السريع للعدوى المحتملة للغيبوبة، واستخلصوا أن اندلاع غيبوبة من المرجح أن يؤدي إلى انهيار الحضارة، ما لم يتم التعامل معها بشكل سريع وفوري(Munze et al., 2009, 146). وقد سلطت مقالاتهم الضوء على العمليات التي تتطور من خلالها هذه الأوبئة لتكون وسيلة لتحديد التأثير المتوقع للعلاجات المختلفة. وينبغي علينا أن نضع أنفسنا الآن في وضع استعدادي أكثر من أي وقت مضى لمواجهة مثل هذه الأوبئة، كما يجب على علماء النفس الصحي العمل بشكل جاد للإشارة إلى هذه المقالة عند تخطيط التدخلات الصحية ذات الصلة بالموضوع.

الملخص:

كشف هذا الفصل ما نعنيه عندما نستخدم مصطلحات "الصحة" و"السلوك الصحي"، والطرق التي تم من خلالها قياس السلوكيات الصحية، كما تم تحديد الخطوط العريضة حول أهمية مجال علم الأوبئة.

فعلم دراسة الوبائيات يركز على الإصابة ومحددات المرض، كما يقدم معلومات ضرورية حول الأسباب المحتملة للمرض، والتي تُمكن علماء النفس من أن يرسموا خطط تعزيز الصحة، وينشروا الرسائل الصحية والتعليمية التي تهدف إلى منع اعتلال الصحة والحفاظ على صحة جيدة.

وفي الفصل التالي، سنكشف بشكل أعمق المزيد من الدراسات الوبائية المهتمة بتأثير مجموعة من العوامل الشخصية، والاجتماعية، والثقافية، والبيئية على صحتنا.

لمزيد من القراءة:

Greenhalh, T., Helman, C., and Chowdury, A. (1998): Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: A qualitative study. British Medical Journal, 316, 978-83.

Hempel, S. (2006): The Medical Detective: John Snow, Cholera and the Mystery of the Broad Street Pump. London: Granta.

مصطلحات البحث الافتتاحية:

علم الأوبئة، السلوك الصحي، الصحة، الإصابة.

٢

الفصل الثانى
المؤثرات على السلوك الصحي
Influences on Health Behaviour

الفصل الثاني
المؤثرات على السلوك الصحي
Influences on Health Behaviour

المقدمة :

كشفنا في الفصل السابق عمَّا نعنيه بكلمة (صحي)، وحددنا كيف يُعرف السلوك الصحي. وأوضحنا كذلك أن النموذج الطبي التقليدي قد حل محله النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، وهو النموذج الذي يُقر بأن هناك عوامل متعددة تؤثر في كل من الصحة وسلوكياتنا الصحية. ويضاف إلى ما سبق ملاحظة "فورشاو" Forshaw (٢٠٠٢: ٢) أن:

"الأفراد يتأثرون بنشأتهم، وبأقرانهم، وبحالتهم المادية، وبالأهواء، وبالطموح، وبالثقافة، وبالمجتمع، وبالقانون، وبالأحداث العشوائية التي تحدث، وبالخطط التي ربما تحققت أو لم تتحقق، وأحيانًا - على ما يبدو - من لا شيءٍ على الإطلاق. وعندما يتعهد الأخصائي النفسي باكتشاف لماذا يفعل الفرد شيئًا ما، فهو يتناول العالم بكل تعقيداته".

وسوف نحاول خلال هذا الفصل الكشف عن الوصف المعقد الذي قدمه "فورشاو" في الاقتباس السابق، ونقترب أكثر من ماهية النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي قبل تحديد العوامل المختلفة التي يعتقد أنها تؤثر في السلوكيات المرتبطة بالصحة.

حيث نناقش في هذا الفصل:

- وصف النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي.
- تحديد العوامل التي يعتقد أنها تؤثر في السلوكيات الصحية.

*** ما النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي؟ What is the biopsychosocial Model?**

يطرح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي فكرة تفاعل العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية معًا. وتعَد هذه العملية التفاعلية هي المحدد لحدوث المرض وتطوره والشفاء منه. فقد طور "إنجيل" Engel (١٩٨٠) النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، حيث تحدى الفكرة الثنائية الفلسفية الداعمة للنموذج

الطبـــي، وهـــي الفكـــرة التي ترى أن العقل لا يتأثر بالأنظمة الجسمية والعكس صـــحيح؛ ولذلك تقترح الاستقلال التام للعمليات النفسية عن أي مرض أو عملية مرضية (Albery & Munafo, 2008).

ويـــؤكد المـــنظور الشمولي للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أن "الجانب البيولوجـــي للأفراد باعتبارهم كائنات بيولوجية يحدد الكثير من سلوكياتهم، إضافة أيـــضًا الأفكـــار والمشاعر؛ وذلك لما لها من تأثير جوهري على ما يفعله الأفراد" (Forshaw, 2002: 5). أما "غايمي" Ghaemi (٢٠٠٩: ٣) فقد رأى أنه "لا توجد أي إشـــارة مرضية أو مريض أو ظرف يمكن أن يرجع إلى مؤثر واحد فقط"، بل ذكـــر أن هذه المؤثرات الثلاثة – البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية – تكاد تكون متساوية نسبيًّا في تأثيرها على كل الحالات المرضية في جميع الأوقات.

وقـــد كشف "ميرو" Miro وزملاؤه (٢٠٠٩) تأثير العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعـــية على الألم المزمن من خلال مسح عينة قوامها ٣٠٠ فرد ممن يعانون مـــن أحـــد أشـــكال الضمور العضلي muscular dystrophy. والضمور العضلي مـــرض جينـــي (وراثي) يُحدث فقدانًا بطيئًا وهزالا تدريجيًّا للعضلات؛ يؤدي إلى الـــضعف العـــضلي والعجـــز. وخلـــصوا إلى أن نتائجهم تدعم استخدام النموذج البيولوجـــي النفسي الاجتماعي في فهم الألم المزمن في هذه المجموعة المرضية، كمـــا اقتـــرحوا أيـــضًا أن جمـــيع العناصـــر المختلفة للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعـــي أسهمت في خبرة الألم المزمن، وذلك خلال تسليطهم الضوء – بشكل خـــاص – على أهمية تحديد العوامل النفسية الاجتماعية التي تؤدي دورًا مهمًّا في مساعدة المرضى على التكيف والاستجابة للألم.

وبالمثل، دعا كل من "جيل" Jull و"ستيرلنج" Sterling (٢٠٠٩) إلى ضرورة أن تكـــون عـــناوين الـــبحوث المستقبلية مهتمة بالخصائص البيولوجية (الجسمية) والنفـــسية والاجتماعـــية في آن واحد؛ لتكون في وضع يمكننا من فهم كيفية تفاعل هذه الخصائص معًا.

الموجز:

الـــنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو الإطار المفيد الذي يمكن استخدامه لفهـــم الـــسلوكيات الصحية من خلال أخذ الأفراد داخل سياق حياتهم في الاعتبار، فضلاً عن الاعتراف بالتأثير المحتمل للجانب البيولوجي.

أمـــا بقية هذا الفصل فيركز على تحديد بعض العوامل – وهي من الكثرة لا يمكن حصرها – التي ثبت تأثيرها على سلوكنا الصحي، واستكشاف جوانبها.

*** ما العوامل المؤثرة في السلوك الصحي؟**

What are the factors which influence health behavior?

لاحظنا من خلال ما سبق أن هناك الكثير من العوامل التي يحتمل تأثيرها على سلوكياتنا المرتبطة بالصحة. والواقع أن هناك الكثير من العوامل التي يجب عرضها في هذا الفصل بقدر من التفصيل؛ ولذلك سنركز على تلك العوامل التي يتوفر لها أكبر قدرٍ من الأدلة، أو – بعبارة أخرى – تلك المتغيرات التي تم بحثها على نحو أكثر شمولاً واستيعابًا.

١- السن Age:

يؤدي عمرنا دورًا مهمًا من حيث المفاهيم المؤثرة في سلوكياتنا الصحية، فبطبيعة الحال تخضع أجسامنا لتغيرات جسمية كلما تقدم بنا السن. وهي التغيرات التي تؤثر على قدرتنا في أداء السلوكيات الصحية التي اتخذناها سابقًا باعتبارها أمرًا مفروغًا منه.

ويضاف إلى ذلك أن زيادة السن تؤدي – بلا شك – إلى زيادة الخبرة، التي من المرجح أن ينتج عنها تعديل في اتجاهاتنا ومعتقداتنا وآرائنا.

وأخيراً، فقد كشف "فورشاو" (٢٠٠٢، ٤٥) أن "كبار السن هم الأكثر فقرًا في كثير من الأحيان؛ مما ينتج عنه تناولهم الأكل غير الصحي... من أجل توفير المال".

وفي الطرف الآخر – من منظور السن أيضًا – تمثل فترة المراهقة واحدة من أهم المراحل العمرية تغييرًا: بدنيًا، ونفسيًا، وانفعاليًا. والمراهقة هي فترة زمنية تكون فيها صحتنا رهن الاستهداف، ربما بسبب رغبة المراهق في التجربة، أو نتيجة ضغط الأقران، والرغبة في التوافق. فالمراهقون يكونون مستهدفين لعدم الفهم الكامل للمخاطر طويلة المدى على صحتهم، حيث كشف "بروير" Brewer وزملاؤه (٢٠٠٦) تصورات المراهقين عن المخاطر والتحديات.

فعلى سبيل المثال، تدرك إحدى الفتيات في سن المراهقة بعض التصورات التي تشير إلى أن تناول حبوب منع الحمل Contraceptive Pill تزيد من مخاطر الإصابة بأشكال معينة من الأورام السرطانية. وقد يصل وزن هذا التصور إلى درجة أنها تتوقف عن تناول حبوب منع الحمل للوقاية من مخاطر الإصابة بالأورام السرطانية دون مراعاة مخاطر الحمل، مع ملاحظة أنها لا تأخذ في اعتبارها أي شكل بديل لمنع الحمل، ولا تعترف بالحاجة إلى استخدام وسائل منع الحمل حاجزًا لحمايتها من أمراض الاتصال الجنسي Sexual transmitted

diseases. ولهــذا – وعلـــى الرغم من أن المراهقين في دراسة "بروير" وزملائه (٢٠٠٦) أظهــروا أنهم على وعي بأنماط المخاطر والتعقيدات التي ينطوي عليها التوصـــل إلى قرار بخصوص انخراطهم في سلوك معين أو عدمه، وأنهم على ثقة فـــي قدرتهم على اتخاذ القرارات المناسبة في ضوء توضيح المميزات والعيوب – فهــناك بعــض الأدلة التي تشير إلى أن نقص خبرة المراهقين في الحياة والمعرفة يمكـــن أن يؤدي إلى أخطاء في الحكم عند اتخاذ قرارات حول السلوك الخطر؛ مما يظهر بوضوح أنه يجب التركيز على أي مرحلة عمرية؛ وذلك لما يؤديه السن من دور مهم في التأثير على سلوكياتنا الصحية.

٢- النوع Gender:

يخـــتلف الذكـــور عن الإناث على المستوى البيولوجي، وكذلك على مستوى البيـــئات الاجتماعـــية والثقافية التي تحيط بهم، فهي تؤثر على طريقة ممارستهم – ذكورًا كانوا أو إناثًا – للسلوك الصحي.

فعلـــى ســـبيل المـــثال، لاحظ "فورشاو" (٢٠٠٢: ٤٤) أن عوامل مثل طبيعة الهـــرمونات فـــي أجسامنا، وأسلوب تنشئتنا اجتماعيًّا، وتفريق المجتمع في طريقة تعاملـــه بين الذكور والإناث، توحي بأن لكل من "الذكور والإناث مشكلات صحية خاصة بهم".

وبالمـــثل، تساءل "شارليز" Charles و"والترز" Walters إلى أي مدى تصل الاختلافات بين الجنسين في التحدث عن الصحة؟ وهل يظهر هذا التباين من خلال الاطـــلاع علـــى مناقـــشاتهم على مستوى الصعيد المجتمعي؟ وكذلك هل يبدو هذا الحديث عن الصحة واضحًا في الأشكال المختلفة لسلوكيات الجنسين؟

وفي سبيل التحقق من هذه التساؤلات أجرى الباحثان مقابلات متعمقة مع (٤٨) مـــن النـــساء والرجال في العشرينيات والثلاثينيات من العمر، وأظهرت النتائج أن للـــنوع تأثيرًا ملحوظًا في كل من طريقة تحدث الأفراد عن الصحة، ورغبتهم في مـــشاركة الحـــديث عن الصحة، وكذلك كشفت الدراسة مدى الاختلاف بين الذكور والإناث في معتقداتهم الصحية.

كمـــا عثـــر "كورتنـــي" Courtenay وزملاؤه (٢٠٠٢) على فروق ثابتة بين الجنـــسين، حيث سجل أن الذكور أكثر ممارسة للسلوكيات وتمسكًا بالمعتقدات التي تتـــسم بالخطـــورة مقارنـــة بالإناث، كما توصل الباحثون إلى أنه إذا كان الذكور يـــريدون أن يعيـــشوا حياة أطول ويتمتعون بصحة أفضل، فهذا يتطلب تغييرًا في معـــتقداتهم وســـلوكياتهم. لكـــن الباحثين أظهروا أيضًا نوعًا من الحذر في تسجيل

ملحوظاتهم؛ وذلك لإقرارهم أن هناك أسئلة لا تزال معقدة وبحاجة إلى إجابة. ومثال ذلك تقريرهم أنه إذا عرف وفهم السبب وراء تصرف الذكور بشكل أكثر تخريبًا أو طيشًا صحيًا من الإناث، فإن هذا سيساعد المتخصصين في مجال الصحة على تطوير التدخلات الفعالة لتحسين صحة الذكور.

أما "كورتيس" Curtis (٢٠٠٢)، فقد أشار إلى أن الأدلة المتعلقة بالفروق بين الجنسين في استخدام خدمات الرعاية الصحية توضح أن الإناث – في المتوسط – أكثر زيارة للطبيب العام بمرتين مقارنة بالذكور. وقد تكررت هذه النتيجة مرة أخرى خلال دراسة "جيريتسون" Gerritson و"ديفيل" Deville في ٢٠٠٩.

ويضاف إلى ذلك، ما أظهره "بينباكير" Pennebaker و"سكلتون" Skelton (١٩٧٨) من أن الإناث تذكر أعراضًا جسمية أكثر لطبيبهن العام مقارنة بالذكور.

وعلى الرغم مما في هذه الدراسات من جدة، فقد جاء "ماكنتاير" Macintyre وزملاؤه (١٩٩٦) واستعرضوا هذه الدراسات السابقة، فتوصلوا إلى أن تفسيرات الباحثين لم تكن واضحة ودقيقة في ضوء نتائجهم المستخلصة. ومن أمثلتهم لبيان صحة ما توصلوا إليه قولهم:

"كثيرًا ما يفسر ارتفاع معدلات المرض بين الإناث بكونهن أكثر حساسية للأعراض الجسمية، وأكثر رغبة في ذكر شدة أعراض المرض مقارنة بالذكور. ومع ذلك، يُعد هذا الدليل محدودًا وغير كافٍ للتفسير" (Macintyre et al., 1996, 622).

وخلاصة القول من قبل مناقشات الباحثين السابقين أن خبرات المرض لدى الذكور والإناث تتسم بـ "الصعوبة الشديدة".

ويسلط "هان" Han وزملاؤه (٢٠٠٧) الضوء على صعوبة تفسير حقيقة زيادة نسبة انتشار مرض الانسداد الرئوي المزمن Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) بين السيدات، وكذلك زيادة عدد وفياتهن جراء هذا المرض في الولايات المتحدة الآن بما يفوق عدد وفيات الرجال. وقد قدم هؤلاء الباحثون في بحثهم معلومات حول أثر النوع في نسبة انتشار الوباء، والتشخيص، ووجود مرض الانسداد الرئوي المزمن، آخذًا أيضًا في حسبانه الموضوعات النفسية والفسيولوجية.

أما "كورتيس" (٢٠٠٠)، فقد دعا إلى الحذر، واقتراح حصر الفروق المتعددة بين الجنسين في العوامل الاجتماعية؛ وذلك لما لاحظه من أن الذكور اجتماعيًّا يميلون إلى إظهار "القوة"، ورفض الاعتراف بأن مرضهم خطير بدرجة تكفي

لتبريـــر الاهــتمام الطبي؛ مما يرجح أيضًا أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها دور مهم.

٣- الوضع الاجتماعي الاقتصادي:

إن الــذين ينــتمون إلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا يميلون إلى أن تكــون خبــرتهم بالأعراض الجسمية منخفضة، مع تقديرهم للصحة مقارنة بأفراد الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا(Pennebaker and Skelton, 1978).

وقد قدم أحد التقارير الرئيسة(Townsend and Davidson, 1982) اكتشافات عــن الفــروق الاجتماعــية والنواتج الصحية في المملكة المتحدة. وتمثلت النتيجة الرئيسة في أن أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا (مثل العمال اليدويين مهرة كانوا أو غيــر مهــرة) أكثر عرضة للوفاة من الأفراد ذوي المكانة المهنية المرتفعة (مثل العمــال المتخصــصين أو الإداريــين). وقــد يرجع السبب إلى أن أفراد الطبقات الاجتماعــية والاقتــصادية المتدنية يقومون بالانتظار لفترات أطول سعيًا للرعاية الــصحية، وقد يعني هذا الانتظار أن فائدة العلاج أصبحت غير مجدية بسبب تقدم وتطــور المــرض؛ ممــا يــؤدي إلــى زيادة احتمالية طول البقاء في المستشفي (Brannon and Feist, 1997).

وقــد اســتعرض "كرامير" Kramer وزملاؤه (٢٠٠٠) الأدلة المتعلقة بتأثير الوضــع الاجتماعــي الاقتــصادي على نواتج الحمل، وطرحوا تساؤلا حول سبب تدهــور صــحة الأفــراد منخفــضي الأجر، وخلصوا إلى أن الوضع الاجتماعي الاقتــصادي مــن العوامل المؤثرة سواء في ميلاد الأطفال المبتسرين أو الأطفال ناقصي الوزن.

وفــي ألمانــيا، أظهر "ريمي" Reime وزملاؤه (٢٠٠٦) أثر كون الأم منفصلة وعاطلــة عــن العمــل وأكبر من ٣٩ عامًا في زيادة احتمالية ولادة طفل منخفض الوزن. وبالمثل، توصلت دراسة استكشافية لإنجاب أطفال مبتسرين في الدنمارك إلى أن اســتهداف انخفــاض مستوى التحصيل العلمي الذي حققته الأمهات يُعد من أقوي المنبئات الاجتماعية الاقتصادية لإنجاب أطفال مبتسرين(Morgen et al., 2008).

وأشار "ألبيري" Albery و"مينافو" Munafo (٢٠٠٨) إلى أنه على الرغم من وفــرة التفسيرات المتنوعة التي وضحت تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي، فإن كثيرًا من الباحثين المعاصرين وجدوا أن تأثير الوضع الاجتماعي الاقتصادي على الــصحة لــيس ناتجًــا عــن علاقة مباشرة بينهما، وإنما هي علاقة غير مباشرة

تتوســطها متغيرات سلوكية أو نفسية متعددة؛ مما يعني أن قد حان الأوان لاعتقاد الباحثين بأن سبب الاختلاف الصحي بين الأفراد المنتسبين لفئات اجتماعية مختلفة ليس اختلاف أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، ولكن اختلاف الطرق والسلوكيات التي يتصرفون بها في بيئتهم الاجتماعية.

٤- نمط الشخصية:

أجريت الكثير من الأبحاث التي تكشف أن اختلاف الأفراد في نمط الشخصية يــسهم بدرجــة مــا في زيادة ميلهم نحو الانخراط في أنماط معينة من السلوكيات الــصحية أو نقــصان هــذا المــيل. حيث أثبتت هذه الأبحاث أن هناك نمطين من الشخــصيات A وB يــرتبطان بمرض القلب التاجي Coronary Heart Disease، كمــا أثبــتت الأبحــاث فــي الآونــة الأخيرة، ارتباط نمط الشخصية C بالأورام السرطانية، ونمط الشخصية D بأمراض القلب التاجية.

- نمط الشخصية A وB:

يرتبط نمط الشخصية A بزيادة الاستهداف لمرض الشريان التاجي، وذلك على العكس من نمط الشخصية B التي ترتبط بانخفاض الاستهداف. وأنماط الشخصية A وB مــن أوائــل الأنماط التي قدمها عالما القلب "فريدمان" Friedman و"روزينمان" Rosenman (١٩٥٩، ١٩٧٤). ويتــصف سلوك نمط الشخصية A بـــ: قلة الصبر، والتعصب، وزيادة القدرة التنافسية، والإصرار على تحقيق أكبر إنجاز في أقل وقت، وزيــادة الشعور العدائي، وامتلاء نمط الحديث بالقوة والحيوية، في حين يتميز سلوك نمط الشخصية B بالاسترخاء، والميل للقيام بالأعمال السهلة، والتعاون.

وقــد توصــلت الأبحاث عن نمطي الشخصية A وB إلى نتائج متباينة؛ ولذا حــاول الباحــثون فصل خصائص نمط A من أجل تحديد الخصائص ذات التأثير الملحــوظ. وكانت خاصية زيادة الشعور العدائي من أهم الصفات التي لوحظ أثرها خلال الدراسات الحديثة(e.g Dembrowski et al., 1989; Miller et al., 1996)، حــيث خلــصت النتائج إلى وجود ارتباط قوي بين زيادة الشعور العدائي ومرض الشريان التاجي.

- نمط الشخصية C:

لاحــظ "ألبــري" و"مينافو" (٢٠٠٨) أن الباحثين حددوا مجموعة من السمات الشخصية المرتبطة بزيادة الاستهداف للإصابة بالأورام السرطانية، وقد سُميت هذه المجموعة بنمط الشخصية C (Temoshok, 1987).

ويتصف الشخص ذو نمط الشخصية C بأنه متعاون، وعطوف، وسلبي، وقليل الثقة في ذاته، ومُضحٍ بذاته، بالإضافة إلى أنه يكبت مشاعره.

وقد أظهر "شافير" Shaffer وزملاؤه (١٩٨٧) أن الأفراد الذين يكبتون التعبير عن انفعالاتهم أكثر عرضة للإصابة بالأورام السرطانية. وفي الآونة الأخيرة، كشفت دراسة "تيموشوك" Temoshok وزملائه (٢٠٠٨) عن أثر نمط الشخصية C في تطور مرض فيرس نقص المناعة HIV، حيث أثبتوا أن نمط الشخصية C يرتبط بانخفاض وظيفة جهاز المناعة.

- نمط الشخصية D:

يتميز أصحاب نمط الشخصية D بأنهم يمتنعون عن التعبير عن مشاعرهم السلبية، كما أنهم - في الوقت نفسه - يتجنبون التفاعل الاجتماعي خوفًا من مواجهة رفض مشاعرهم(Denollet, 1998). فاتسام الفرد بنمط الشخصية D ينبئ بحدوث المؤشرات الفسيولوجية لمرض الشريان التاجي(Habra et al., 2003). وقد اختبر "ويليامز" Williams وزملاؤه (٢٠٠٩) تجريبيًّا العلاقة بين نمط الشخصية D ونشاط الأوعية القلبية تحت الإجهاد Cardiovascular Reactivity to Experimentally Induced Stress، حيث دعوا (٨٤) من صغار الراشدين الأصحاء (٥٠٪ ذكور، ٥٠٪ إناث) لإجراءات تكميل مقياس نمط الشخصية D، منها الاستثارة، والمشقة الناتجة من المشاركة في مهام حسابية عقلية. وتم تسجيل مؤشرات الأوعية القلبية أثناء التجربة، وتوصلت الدراسة إلى أن الذكور المنتمين إلى نمط الشخصية D أكثر عرضة للمؤشرات القلبية أثناء مرحلة المشقة مقارنة بالذكور غير المنتمين إلى نمط هذه الشخصية، في حين لا توجد علاقة بين نمط D ونشاط الأوعية القلبية لدى الإناث. ونستنتج من ذلك أن هناك دليلا جديدًا حول آليات كيفية تأثير سمات نمط الشخصية D في الصحة من خلال زيادة المؤشرات القلبية وارتفاع المشاعر الذاتية للمشقة نتيجة التوتر الحاد.

٥- الصلابة Hardiness:

الصلابة هي نمط شخصية تتميز بثلاثة عوامل هي:

- الالتزام Commitment: وهو إدراك الهدف من الأنشطة الحياتية.
- الضبط Control: ويعني الاعتقاد بالقدرة على التأثير الذاتي في المواقف.
- التحدي Challenge: ويقصد به رؤية التكييف والتغيير باعتباره خبرة طبيعية وإيجابية(Albery and Munafo, 2008).

وقــد تبــين أن سمة الصلابة تعمل حامية وواقية من آثار مواقف المشقة التي تؤدي إلى التطور الملحوظ للأمراض. فعلي سبيل المثال أوضح "كوباسا" Kobasa وزملاؤه (١٩٨٢) أن الأفراد مرتفعي الصلابة الذين يتعرضون لمستويات مرتفعة من المشقة لم يسجلوا فقط درجات منخفضة في إصابتهم بالأمراض مقارنة بالأفراد منخفــضي الصلابة، بل اتضح أيضًا أن درجات أمراضهم لا تختلف عن الذين لم يخبروا بمستويات مشقة منخفضة.

وبالمــثل، فحص "فاربير" Farber (٢٠٠٠) أبعاد الصلابة: الالتزام، والضبط، والــتحدي؛ وذلك لمعرفة دورها باعتبارها عوامل توافق لدى (٢٠٠) مريض مُصاب بأعــراض مــرض نقــص المناعة والإيدز، فثبت أن الالتزام – وهو أحد مكونات الــصلابة – لـــه دور كبير في التنبؤ بالتوافق لـــدى مرضى نقص المناعة والإيدز. وبالإضـــافة إلى ذلك، فقد لاقت العلاقة بين الصلابة والمشقة لدى طلاب الجامعة في الحياة الجامعية اهتمامًا إمبريقيًّا ملحوظًا (eg. Banks and Gannon, 1988; Harris, 2004; Pengilly and Dowd, 2000; Soderstrom et al., 2000).

كمـــا تــم الكــشف فـــي الآونة الأخيرة عن دور مفهوم الصلابة في السياق العسكري، حيث وجد "دولان" Dolan و"أدلر" Adler (٢٠٠٦) من خلال مسحهما لعيـــنة قوامها (٦٢٩) من الجنود الأمريكيين أن الصلابة العسكرية – المقصود بها الصلابة النفسية للتوافق مع سياق محدد – تقوم بدور الوسيط بين تأثيرات مصادر المشقة على صحة الجنود.

٦- المعتقدات الصحية Health Beliefs:

المعتقدات الصحية – وهي طريقة تفكيرنا في الصحة – لها تأثير ملحوظ في انخراطنا اللاحق في ممارسة السلوك الصحي. فاعتقاداتنا الصحية يمكن أن تتشكل من خلال عوامل متعددة مختلفة، منها فهمنا الدارج للمقصود بما هو صحي. وهذا مـــا تمـــت مناقشته باستفاضة في الفصل الأول؛ ولذا فسنذكره بشكل مختصر هنا، بالإضـــافة إلى بيان تأثر سلوكنا الصحي بكل من: مركز الضبط، والهوية الثقافية، والمــستوى المعرفـــي لديـــنا، ثم نختم بعرض نموذج "التنظيم الذاتي لـــ "ليفينثال" Leventhal's self-regulatory model، والـــذي يُقتـــرح باعتباره وسيلة تصورية لخبرة مواجهتنا لسوء الحالة الصحية.

– المعتقدات غير العلمية والامتثال للأنظمة الطبية:

سبق أن ذكرنا في الفصل الأول أن مفاهيم الصحة غير العلمية عادة "تنتقل عبر الأجـــيال كجـــزء مـــن التـــراث الثقافي المشترك"(Naidoo and Wills, 2003: 6).

فالطريقة التي يفسر ويفهم بها الأفراد الصحة لها انعكاسات هامة على نواتج سلوكهم؛ فمفهوم المرض والصحة يُعد متغيرًا ديناميًا في الاستجابة للخبرة الذاتية والظروف الخارجية. ويُلخص معظمنا معتقداته الصحية من خلال ما يُعرف بـ "الأمثلة الشعبية" التي تُلخص المعلومات المرتبطة بالصحة في عبارات قصيرة، وذلك مثل هذه العبارات الشائعة المتداولة في المملكة المتحدة: "التغذية في البرد تقي من الحمى" Feed a cold, starve a fever، "أكل الجزر يقوي الرؤية في الظلام" Carrots help you to see in the dark، "طرقعة الأصابع تؤدي إلى التهاب المفاصل" Cracking your knuckles causes arthritis. كما تتشكل معتقداتنا أيضًا من خلال وسائل الإعلام والمعتقدات الأسرية والخاصة بالأصدقاء.

وتستخدم معتقداتنا الصحية لتبرير الانخراط في ممارسة أنماط السلوك الصحي سواء كان إيجابيًّا أو سلبيًّا. فعلي سبيل المثال، كشف "بنسون" Benson و"بريتين" Britten (٢٠٠٢) تصورات مرضى ضغط الدم المرتفع Hypertension (High blood pressure) لتناول العقاقير المُخفضة للضغطAntihypertensive drugs، فمن خلال مقابلتهما (٣٨) مريضًا، وجدا أن ثلاثة أرباعهم لديهم تحفظات على هذه العقاقير بشكل عام؛ وذلك لاعتقادهم أن تناول هذه العقاقير ينبغي تجنبها كلما أمكن. وأوضح بعضهم أن معتقداتهم تستمد من خبرتهم الشخصية، ويرى بعضهم الآخر أن أجسامهم ستكون أكثر أو أسوأ مقاومة في حالة الاعتماد على هذه العقاقير أكثر مما هو مطلوب، في حين اعتقد بعضهم أن العقاقير تدل على سوء حالتهم الصحية أو أن أطباءهم وصفوا لهم هذه العقاقير دون استيعاب لمرضهم.

وعلى الجانب الآخر، فقد كان هناك عدد من وجهات نظر أكثر إيجابية واتزانًا من وجهات النظر السابقة، حيث يرى أصحاب وجهات النظر هذه أنهم يتناولون العقاقير المُخفضة للضغط عن طيب خاطر؛ لأنها تجعلهم يشعرون بصحة أفضل. وقد لاحظ باحثا هذه الدراسة أن مثل هذا التصور يتناقض مع الرأي الطبي التقليدي في المملكة المتحدة، الذي يذهب إلى أن ارتفاع ضغط الدم عادة يتم بدون أعراض. فقد استنتج "بنسون" و"بريتين" (٢٠٠٢) أن المرضى يقررون قبول تناول العقاقير المُخفضة لضغط الدم المرتفع من عدمه بناءً على مدى الخطورة التي يتعرضون لها. إلا أن التعرض لهذه الخطورة ليس وحده كاف لأداء هذا الفعل، بل ركزوا أيضًا على إبراز تقييمات المريض لخطورة المرض، فضلاً عن قياس تقدير احتياجات المرضى؛ وذلك بسبب أن احتياجات

المرضى قد تكون متماثلة بعض الشيء على الرغم من اختلاف تقييمهم للمرض (Benson and Britten, 2002: 877).

وقد يكون المثال الأكثر توضيحًا لتبرير كيفية انخراطنا في السلوك غير الصحي، هو ما نطلع عليه من خلال موقع "سوندرز فيكتور" The website of victor sounders الذي يقود فريقًا لتسلق جبل "شو أويو" Cho Oyu (جبل كبير جدًّا في الهيملايا Himalayas)، وكما هو الحال غالبًا في هذا النوع من الرحلات، تكون هناك فترة من التوقف الإجباري، وهي فترة ناتجة عن فيضانات الأمطار الموسمية. وقد استغل الفريق هذه الفترة في وضع نظرية معقدة حول كيفية تقليل تطور الأمراض الجبلية الحادة Acute Mountain Sickness (AMS). وباختصار، لاحظ أعضاء البعثة أن سرعة المتسابقين المتميزين في الماراثون تقل مع زيادة الارتفاع؛ وذلك بسبب معاناتهم من تطور الأمراض الجبلية الحادة. وقد أرجع المتسلقون سبب ذلك التطور إلى احتمالية عدم تأقلم أجسامهم (من حيث القوة واللياقة) مع سرعة الارتفاع، والذي يؤكد ذلك أن المتسلقين "الأقل لياقة" يكونون أضعف في التسلق بسرعة بدرجة كافية؛ مما يحميهم من الأمراض. وبعد تحديد العلاقة المحتملة بين اللياقة البدنية والأمراض الجبلية الحادة، صاغ "سونديرز" Saunders وزملاؤه (٢٠٠٩) المعادلة التي تطورت بشكل أكثر تعقيدًا؛ لأخذها في الحسبان متغيرات مختلفة مثل درجة الذكاء IQ ومعدل استهلاك الكحول. وذكروا أن ناتج النظرية والمعادلة المصاحبة تبرر استهلاك الكحول أثناء الرحلة الاستكشافية (وهو شيء لا يوصي بتناوله مع الارتفاع) باعتباره وسيلة لدرء الأمراض الجبلية الحادة. ويبقى من غير المعروف حتى الآن مستوى الارتفاع الذي وصل إليه أفراد البعثة عندما وضعوا نظريتهم؛ فمن المحتمل أنهم كانوا على درجة من الارتفاع كافية لبداية تطور الأمراض الجبلية الحادة، وربما أثر ذلك على حساباتهم.

وبذلك، تصبح أفكار هذه البعثة التي لم تختبر بعد - والتي شكلت نظرية كاملة على الموقع الإلكتروني(Saunders et al., 2009) - مثالا واضحًا على كيفية ترجمة المعتقدات الشعبية إلى سلوك صحي.

- المعتقدات الصحية وسرعة الشفاء من المرض:

معتقداتنا الصحية يمكن أن تؤثر أيضًا على سرعة شفائنا من المرض، فقد تحقق "مكارثي" McCarthy وزملاؤه (٢٠٠٣) من احتمالية أن تؤثر معتقدات المرضى (أو توقعاتهم) على الشفاء من عملية جراحية بسيطة نسبيًّا؛ حيث ترتبط

الجـراحة فـي كثيـر من الأحيان بتوقع المشقة وإجراءات طبية مؤلمة، كما تتسم بتوقع المعاناة من خبرة الألم والعجز أثناء فترة النقاهة (McCarthy et al., 2003; Neuman, 1984).

وقـد وجـدت الدراسات السابقة على دراسة "مكارثي" وزملائه (٢٠٠٣) أن التوقعات السابقة للألم والتورم والتدخل في النشاطات اليومية ترتبط بمستوى خبرة الألـم بعد الجراحة، وعدد الأقراص المهدئة المتناولة، وطول الفترة الزمنية للشفاء (George et al., 1980). ولكـن هذه الدراسة لم تضبط متغير القلق (Gridron et al., 1995)؛ ولهذا أخذ "مكارثي" وزملاؤه (٢٠٠٣) متغير القلق في اعتبارهم عند قـياس الـتوقعات والنـتائج، فـوجدوا أن التوقعات قبل الجراحة كانت من أكثر المتغيـرات التنـبؤية مقارنـة بالعـوامل الطبية؛ ولذلك أبدوا أهمية أخذ معتقدات المرضـى فـي الاعتـبار عند تناول نتائج الجراحة أثناء مراحل التخطيط للتدخل الجراحـي. وأوصـى الباحـثون بعمـل تدخلات تهدف إلى التركيز على توقعات المرضى قبل الجراحة؛ مما يؤدي ذلك إلى سرعة الشفاء.

- مركز الضبط:

إلـى أي مـدى يمكن لمركز الضبط المدرك للفرد أن يحدد انخراطه أو عدم انخـراطه في سلوك محدد؛ مما يكون له تأثير على قراره في تنفيذ (أو عدم تنفيذ) سـلوكيات الـصحة المحـددة؟ فمصطلح مركز الضبط الذي قدمه "روتر" Rotter (١٩٦٦) يلخص فكرة التحكم المدرك.

وتكمـن فكـرة هذا المصطلح في توقع الأفراد أن الأشياء التي تحدث لهم إما عـن طـريق عوامل داخلية - بعبارة أخرى من خلال أفعالهم أو معتقداتهم - أو بفعل عوامل خارجة عن أنفسهم - بعبارة أخرى نتيجة للصدفة أو الحظ ـــ. وبذلك تم تقسيم الأفراد إلى قسمين: قسم يتسم بـــ "مركز ضبط داخلي" Internal Locus of Control؛ لأن أفـراده يـشعرون بأنهم متحكمون في حياتهم، وقسم يتصف بـــ "مركـز ضـبط خارجي" External Locus of Control؛ تبعا لشعور أفراده بأن حياتهم تخضع للتحكم من قبل الصدفة.

وهذا يعنى أنك إذا كنت من ذوي مركز الضبط الخارجي، فإنك سترى حياتك تـتحكم فـيها عـوامل خارجة عن نفوذ تأثيرك، وتكون أقل عرضة للانخراط في الـسلوكيات الصحية الوقائية أو الانضمام إلى الأنظمة الطبية؛ وذلك بسبب اعتقادك أنك لا يمكن أن تحدث فرقًا في الوضع الصحي الخاص بك، وذلك مقارنة بشخص

آخر يمتلك مركز ضبط داخلي (Ozolins and Stenstrom, 2003; VandePutte et al., 2005). كمـا وجـد – على سبيل المثال – أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلـي المـرتفع أكثـر امتـناعًا عن التدخين وتناول الكحوليات، وأكثر اتباعًا للتوصـيات ذات الـصلة بالطب الوقائي (e.g Booth-Butterfield et al. 2000; Burkhart and Rayens, 2005; Tokuda et al., 2007).

ومـن الـضروري التأكـيد على أن نتائج الدراسات التي نشرت حول مركز الـضبط لم تكن متجانسة، حيث أبدى "فورشاو" (٢٠٠٢، ٤٧) نوعًا من الحذر عند تـناول هذا الموضوع؛ وذلك لما لاحظه من أن البحث داخل مفهوم مركز الضبط أثمـر عن نتائج مختلطة، بل متناقضة في بعض الحالات؛ ولذا فمن المهم أن نكون على بينة من الأمر عند تفسير بيانات الدراسات المنشورة عن مركز الضبط.

ويعـد تأثيـر مركـز الضبط على سلوك الإدارة الذاتية Self-management behaviour لدى المرضى الذين تم تشخيصهم بمرض مزمن نقطة اهتمام عادة من قـبل الباحثـين. فعلى سبيل المثال، لاحظ "ترينتو" Trento وزملاؤه (٢٠٠٨) أن عملـية الـتوافق مـع مرض السكري ليست عملية بسيطة؛ فهي تتطلب اعتراف المرضـى بخطـورة المـرض، والوعي بأن تحسين النتائج الصحية يتم من خلال المشاركة الفعالة في السلوكيات الصحية الوقائية، ولا يتأتي ذلك إلا من خلال إقناع المرضى بالقدرة على التحكم في المرض.

فمرض السكري نمط I يحدث عندما لا ينتج الجسم أي أنسولين، والأنسولين هو الهـرمون الذي يتحكم في مستويات الجلوكوز في الدم. ويظهر هذا النوع من مرض الـسكري I عادة قبل سن ٤٠. ويتطلب نمط السكري I نظام صحيًا صارمًا يجمع ما بين السلوكيات الصحية الخاصة بالعناية باختيار النظام الغذائي وتنظيم النشاط البدني، مـع المزيد من التدخلات الطبية بما في ذلك الاختبار المنزلي لمستوى الجلوكوز في الدم عدة مرات يوميًّا، إضافة إلى الحقن اليومي المتعدد للأنسولين.

وفـي المقابـل، يحـدث مـرض السكري نمط II عندما لا ينتج الجسم نسبة الأنـسولين الكافية، أو لا يستطيع استخدام الأنسولين بكفاءة. ويظهر هذا النوع من الـسكري فـي أي سن، ويرتبط بزيادة الوزن، ويصاب به٩٠٪ من حالات مرض السكري (NHS, 2009).

ويتطلب علاج مرض السكري نمط II عادة تركيز الأفراد على عمل تغييرات في نظامهم الغذائي وممارسة الرياضة بشكل روتيني. ومن المرجح أن الشخص ذا مرض نمط II أقل احتياجًا للحقن بالأنسولين.

وقـد رأى "ترينتو" وزملاؤه (٢٠٠٨) أن الأفراد ذوي مرض السكري سواء نمـط I أو نمـط II قد يختلفون في طريقة التوافق مع مرضهم، وربما يكون هذا الاخـتلاف راجعًـا إلـى مركز الضبط، حيث درس الباحثون مركز الضبط لدى مجمـوعات مـن مرضـى السكري نمط I ونمط II من خلال متابعتهم على مدى خمـس سنوات، وذكروا أن الأفراد ذوي مرض السكري نمط I يتسمون بمستويات منخفـضة لمركز الضبط الداخلي مقارنة بمرضى نمط السكري II. ويمكن تفسير هـذا الاختلاف من خلال حقيقة مُفادها أنه لا يوجد شيء يمكن للمرضى القيام به لتجـنب ظهـور مرض السكري نمط I، في حين أن اتباع أسلوب حياة صحي قد يساعدهم على تجنب ظهور مرض السكري نمط II. فطريقة تأثير مرض السكري قـد تـبدأ مـن مركز الضبط لدى المرضى؛ فمرض السكري نمط I يحدث بغض النظـر عن أسلوب حياتهم، وبالتالي فإن حقيقة أنه لا يوجد شيء يستطيع المرضى القيام به لتجنب إصابتهم بهذا المرض قد تؤدي إلى انخفاض مركز ضبط.

والأكثـر مـن ذلك، إن مرضى السكري نمط I عادة ما يكونون أصغر سنًا مقارنة بمرضى السكري نمط II؛ مما دفع "ترينتو" وزملاءه (٢٠٠٨) إلى افتراض أن تـصورات هـؤلاء المرضى عن المستقبل يمكن تعديلها من خلال وضع خطة علاجـية وجـداول للمـراقبة الذاتـية لصحتهم، بالإضافة إلى تذكيرهم بأن الحياة قـصيرة، وينبغـي الحفـاظ عليها. ومن أهم تطبيقيات هذه النتائج نشر إصدارات مـتعددة خاصة بمجموعة رعاية مرضى السكري ذوي نمط I أو نمط II آخذة في اعتبارها نموذج مركز الضبط لدى المجموعتين.

وفـي دراسـة أخـرى لمرض مزمن، كشف "فان دي بيتي" Van de Putte وزمـلاؤه (٢٠٠٥) أن مركـز الـضبط يخـتلف بين المراهقين الذين يعانون من مـتلازمة الـتعب المـزمن Chronic Fatigue Syndrome والمراهقين الأصحاء وأولـياء أمـورهم. فمرضـى مـتلازمة التعب المزمن يتسمون بالتعب والعجز المزمنين. وقد قدمت لذلك تفسيرات متعددة، لكن حتى الآن لم يثبت أي منها السبب الأساسي لمتلازمة التعب المزمن. والمؤكد أن السبب الحقيقي لم يتضح حتى الآن، وأن العـلاج يقتـصر فقط على تخفيف الأعراض والسلوكيات المرتبطة بمتلازمة الـتعب المزمن، حيث يعتمد العلاج على اشتراك المرضى في ممارسة السلوكيات الـصحية؛ فمعرفة مركز الضبط لدى مجموعة المرضى له آثار على استراتيجيات العلاج المقترحة، فكما لاحظنا سابقًا أن المرضى ذوي مركز الضبط الخارجي أقل

اعـــتقادًا بـــأنهم يـــستطيعون إحداث أي تحسن في صحتهم من خلال الانخراط في سلوكيات صحية محددة.

وقـــد ذكر "فان دي بيتي" وزملاؤه (٢٠٠٥) أن أسر مرضى متلازمة التعب المـــزمن المـــراهقين لـــديهم انخفـــاض في مستويات مركز الضبط مقارنة بأسر المراهقين الأصحاء. فأسر مرضى متلازمة التعب المزمن يعتقدون بشكل قوي بأن الحـــظ أو الأطباء هم الذين يؤثرون فقط على مرض أبنائهم؛ ومن ثم يميل الأفراد ذوي متلازمة التعب المزمن إلى الشعور بأن أعراضهم المرضية لا يمكنهم التأثير فـــيها، بـــل ومن المستحيل التحكم في متلازمة التعب المزمن. كما توصلت دراسة "نـــيومان" Newman وزملائه (٢٠٠٤) إلى نتيجة مهمة، حيث أظهروا أن التحسن فـــي أعـــراض الأمراض المزمنة يتم من خلال زيادة تحكم المرضى في مرضهم. وهكذا، وجد "فان دي بيتي" وزملاؤه (٢٠٠٥) أن كلا من مرضى متلازمة التعب المزمن المراهقين وأسرهم يتسمون بانخفاض مركز الضبط الداخلي، وهو أمر ذو تأثيرات صحية سيئة؛ مما يتطلب زيادة الانتباه إلى التركيز على معتقدات المرضى الصحية داخل أي استراتيجية للعلاج.

- **العوامل الثقافية:**

توصـــلت دراســـات مـــتعددة إلـــى اكتشاف تأثير الثقافة على معاني الصحة، والممارســـات، والقـــيم؛ حيث تفسر الفروق الثقافية التباينات في طريقة الاستجابة لمهـــددات صـــحتنا، وكـــذلك في الطريقة التي ننخرط بها في السلوكيات الصحية الوقائية.

وقد عرض "زولا" Zola (١٩٦٦) أحد التقارير المبكرة الخاصة بالفروق في الـــسلوك الصحي، ولاحظ أنه عندما نزور أطباءنا، يميل المرضى الأمريكيون من أصـــل إيطالـــي إلـــى وصف أكبر عدد من الأعراض الجسمية مقارنة بالمرضى الأمـــريكيين من أصل أيرلندي. وفي المقابل، كان المرضى الأمريكيون من أصل أيـــرلندي أكثر شكاوى من الأذن والأنف والحلق مقارنة بالمرضى الأمريكيين من أصـــل إيطالي. ومنذ ذلك الحين، أجريت الكثير من الأعمال في هذا المجال، والتي دلت بوضوح على تأثير الاختلافات الثقافية على السلوك الصحي.

وفي السويد – على سبيل المثال – اكتشف "هجيلم" Hjelm وزملاؤه (٢٠٠٥) معـــتقدات الصحة والمرض لدى الذكور المصابين بداء السكري من ذوي الخلفيات الثقافية المختلفة. حيث أجروا الدراسة على عينة قوامها (٣٥) ذكرًا؛ مقسمة إلى (١٤) فـــردًا ولدوا في البلدان العربية و(١٠) من يوغسلافيا، و(١١) من السويد،

ووجدوا أن هناك تباينًا ملحوظًا في العوامل المفسرة لتطور مرض السكري، فقد ركز المرضى السويديون أكثر على أسلوب الحياة والوراثة وتدبر مرض السكري، في حين اعتمد غير السويديين على العوامل الخارقة للطبيعة (مثل إرادة الله أو أرواح شريرة)، فضلاً عن المشقة الانفعالية الناجمة عن خبراتهم بكونهم مهاجرين.

كما أظهر "هجيلم" وزملاؤه (٢٠٠٥) أيضًا أنه على الرغم من أن المعلومات العامة عن مرض السكري لدى كل أفراد العينة جاءت محدودة، فإن مرضى البلدان العربية جاءوا أكثر إيجابية في الحصول على المعلومات مقارنة بمرضى السويد وأوربا الشرقية. فالمرضى العرب على وجه الخصوص يسعون للرعاية من المتخصصين في الرعاية الصحية، في حين أن السويديين أكثر ميلاً لاستخدام تدابير الرعاية الذاتية. واستنتج "هجيلم" وزملاؤه (٢٠٠٥) أن هناك اختلافات في المعتقدات حول الصحة ومرض السكري بين المجموعات الثقافية الثلاث موضع الدراسة، وأن هذه الفروق في المعتقدات تفسر التباين في الالتزام بالأنظمة الطبية والسلوكيات الصحية، وتسلط الضوء على ضرورة ملاحظة الخلفية الثقافية والمعتقدات الروحانية في سياق الرعاية الصحية لمرض السكري.

وفي دراسة أخرى هدفها الكشف عن المعتقدات الغذائية، فحص "ماكوين" McEwen وزملاؤه (٢٠٠٩) المعتقدات الغذائية وسلوكيات الأكل الذاتية لدى عينة من الصوماليين المقيمين في لندن. وقد جاءت الدراسة استجابة إلى الواقع القائل بأنه على الرغم من أن الصوماليين يشكلون أكثر مجموعات طالبي اللجوء إلى المملكة المتحدة، فإنه لا يُعرف سوى القليل عن كيفية تأثير هجرتهم إلى المملكة المتحدة على اتجاهاتهم التقليدية تجاه سلوك الأكل. وأظهرت نتائج الدراسة أن الفاكهة والخضر تعدان مكونًا غير ضروري في النظام الغذائي للصوماليين في المملكة المتحدة، في حين تعد اللحوم مكونًا مهمًا في نظامهم الغذائي، وأنها ترتبط لديهم بالحالة الاجتماعية والثراء؛ "فمعظم الصوماليين يعتقدون أنه إذا خلا غذاؤهم من اللحوم والأرز، فهذا يعني أنهم لم يحصلوا على وجبة الغذاء".

وفي موضوع آخر مستخلص من الدراسات المعنية بالهوية الثقافية للمشاركين في العمل رعاة إبل ورحالة، لاحظ "ماكوين" وزملاؤه (٢٠٠٩: ١١٩) أنه من غير المرجح بسبب الحروب الأهلية في الصومال أن يخوض المشاركون العمل في رعي الإبل قبل المجيء إلى المملكة المتحدة. كما أن هناك تأثيرًا قويًّا لتحديد الهوية للخلفية البدوية، فهي توحي بأن سلوك الأكل في هذه المجموعة يرتبط بمفاهيم

الهوية الصومالية؛ فيبدو أن أكل اللحوم مع الأرز أكثر الأطعمة الغذائية في المائدة الصومالية؛ حيث ينظر إليه في هذا الوضع على أنه أكثر من مجرد خيار شخصي في الأكل. ويضاف إلى ذلك ما لاحظه "ماكوين" وزملاؤه (٢٠٠٩: ١١٩) من أن اعتقاد الشعب الصومالي الثقافي في ارتباط الفواكه بالفقر، واللحوم الحمراء بالثراء، يُقدم تفسيرًا لانخفاض استهلاك الفواكه والخضروات بين هذه الفئة.

كما كشف "فان كليمبت" Van Cleemput وزملاؤه (٢٠٠٧) المعتقدات المرتبطة بالصحة وخبرات الغجر والرحالة في المملكة المتحدة. واستخلص الباحثون أثر المعتقدات الثقافية بين أفراد هذه الفئة السكانية على سلوكهم المرتبط بالصحة. فعلى وجه الخصوص، خبرة الصحة السيئة واعتلالها يومياً بين أفراد الأسرة الممتدة يكون أمرًا طبيعيًّا ومقبولا. فعادة ما يكون لدى المشاركين ذوي التوقعات بالصحة السيئة والمعتمدين على أنفسهم احتياج قوي في زيادة التحكم وعدم الرغبة في طلب المساعدة المهنية.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد أعرب المشاركون عن إحساس قوي بالإيمان بالقضاء والقدر المتزامن مع الخوف من الموت؛ مما يدل على أن الفهم الأعمق لخبرة الصحة لدى الغجر والرحالة يساعد على تطوير الخدمات الصحية، فتقديم الثقافة المناسبة والخدمات المناسبة قد يؤدي إلى تحسن الخبرة الصحية لدى هذه الفئة من السكان.

- مستوى المعرفة والتوقعات:

تعتمد المعتقدات الصحية التي نتمسك بها على مستوى المعرفة، والتي تؤثر بدورها في قدرتنا على التعرف على الأعراض التي نعاني منها وتفسيرها بشكل صحيح. ففي دراسة الغجر والرحالة التي أجراها "فان كليمبت" وزملاؤه (٢٠٠٧: ٢٠٨)، أفصح المشاركون عن توقعات متدنية عن الصحة. ويتضح ذلك بشكل جيد من خلال عرض اقتباسين من دراستهم:

"تقول امرأة مصابة بالذبحة الصدرية، وتصلب في الكتف، والتهاب المفاصل، والربو، وعدة جلطات صغرى: أعاني من الربو منذ عامين، بالإضافة إلى أربع أو خمس سكتات دماغية صغرى. وقد تناولت أقراص دواء الآن للتحكم (في التصلب في الكتف)، وحتى يتسنى لي أيضًا التحكم في التهاب المفاصل تناولت أقراص دواء أخرى، ولازلت أفعل ذلك عندما أبدأ المشي، ومن ثم أجد نفسي أقل شعورًا بالألم أو صعوبة في التنفس؛ ولهذا فأنا سعيدة جدًّا".

"كما تقول امرأة أخرى تشكو من آلام الظهر المزمنة، وتاريخ من الحساسية، وقطـــع جرحى في الجلد: "صحتي على ما يرام، جيدة.... ليس لدي سوى ألم خلفي في الظهر في كل الأوقات... منذ أن كان لدى ١٥ عامًا".

ونتــيجة لـــذلك، فـــإن الأعراض الجسمية التي يعاني منها بعض الأفراد من خلفيات ثقافية مختلفة قد تكون "طبيعية" لدى فئة الغجر والرحالة.

وبالمثل، وجد كل من "هورني" Horne وزملائه (١٩٩٨) و"رستون" Ruston وزملائه (٢٠٠٠) أن الطريقة التي تفسر بها الأعراض العاكسة لمعتقدات المرضى تؤثـــر في سلوكهم لطلب المساعدة واستعدادهم للالتزام بالأنظمة الطبية. فقد يمكن أن يـــؤدي تأخـــر المـــشاركين – الـــذين يعانون من مرض القلب – داخل هاتين الدراستين في طلب المساعدة إلى نواتج مميتة.

كمـــا توصـــلت هاتان الدراستان إلى أن الخبرة وتفسير الأعراض لهما أهمية قـــصوى لـــضمان وصـــول المـــساعدة في التوقيت المناسب، حيث وجد "رستون" وزمـــلاؤه (١٩٩٨) أن تأخـــر طلـــب المـــساعدة لأكثر من ١٢ ساعة بعد ظهور الأعـــراض القلبية يُعرِّض معظم المرضى لأزمات قلبية مفاجئة وشديدة، قد تتطور إلى أزمات قلبية مُميتة ومُهلكة:

"الأزمـــات القلبية هي ألم مُبرح جدًّا لدرجة أنك لن تنساها.... وتسقط مع شدة الألـــم، فهي أعراض لم تشعر بها من قبل، وليس لها مثيل في الواقع" (Ruston et al., 1998: 1063)

ومن ناحية أخرى، ربما كان سعي هؤلاء لطلب المساعدة بصورة أسرع نسبيًّا – فـــي غضون أربع ساعات منذ بدء المعاناة من الأعراض – راجعًا لوجود رؤية ســـابقة عـــن أنفـــسهم بـــأنهم مُعرضين للخطر، ومعرفتهم بأن هناك مجموعة من الأعـــراض أكثـــر مـــن مجرد ألم في الذراع أو الصدر. وبالمثل، وجد "هورني" وزمـــلاؤه (٢٠٠٠) أن المرضى الذين وصلوا إلى المستشفى بسرعة عندما أخبروا بالأعـــراض النمطـــية للنوبة القلبية (ألم في الصدر)، هم الذين لديهم توقعات سابقة حول تطور الأعراض سريعًا لتماثل النوبة القلبية.

وفي دراسة حديثة لـــ "سيل" Seale وزملائه (٢٠٠٩) حول اكتشاف اتجاهات العاملـــين في الرعاية الصحية الأسترالية نحو الاستجابة المقترحة لوباء الأنفلونزا المحـــتمل، أفاد الباحثون أن هناك جانبين للقلق المحتمل (كلاهما يتعلق بالمعتقدات الـــصحية) يحددان أفضل الخطط لمواجهة الوباء، وهما: أولاً – أن هناك انخفاضًا في مستوى الثقة الخاصة بالأدوية المضادة للفيروسات باعتبارها إجراء طبيًّا فعالا

لمكافحة الأنفلونزا. وثانيًا – جهل مجموعة العمال غير المتخصصين، حيث يعانون من نقص المعلومات والوعي بأهمية تحديد خطط مواجهة الوباء؛ ولذا فقد اقترحوا عمل برامج تعليمية لكل من العمال المتخصصين وغير المتخصصين للتأكد من مدى دقة المعتقدات الصحية، مع العمل على تصحيحها.

وبذلك يتبين أن هذه الدراسات تظهر بشكل فعال أن معتقداتنا الصحية لها تداعيات مهمة على سلوكنا الصحي وما يتبعه من نواتج صحية.

- نموذج "ليفينثال" Leventhal للتنظيم الذاتي:

تم طرح الطريقة التي نفهم بها صحتنا أو معتقداتنا حول المرض (والمعروفة باسم التمثيلات المرضية Illness Representations)، أو توجه استجاباتنا نحو المرض في نموذج التنظيم الذاتي Self-Regulatory Model (SRM) الذي وضعه "ليفينثال" Leventhal وزملاؤه (١٩٨٠).

ويعتمد هذا النموذج على منحى حل المشكلة A Problem-Solving Approach، الذي يقترح أن نتعامل مع المرض والأعراض المرضية بالطريقة نفسها التي نتعامل بها مع مشكلاتنا الأخرى، حيث يفترض أننا أفراد لدينا الحاجة للحفاظ على التوازن، فعندما نواجه مشكلة ما تهدد كياننا النفسي أو الجسمي، تنشط قدرتنا على الانخراط في الأنشطة التي ستعمل على إعادة الوضع الراهن، حيث يمثل المرض حالة غير مستقرة، تقابل الحالة الصحية السوية، ويفترض أننا عندما تصبح حالتنا الصحية مهددة، نسعى للعمل على إعادة التوازن لها.

وقد عرف "ليفينثال" وزملاؤه (١٩٨٠) التمثيلات المرضية بأنها "معتقدات الأفراد المنطقية عن مرضهم"، وقرروا أن مثل هذه التمثيلات المرضية توفر لنا إطارًا نظريًا لخمسة أبعاد لمواجهة المرض وفهمه:

(١) **الهوية Identity:** وهي مُسمى المرض، إما عن طريق تشخيص الطبيب للأعراض أو من خلال التشخيص الذاتي. وعلى سبيل المثال، أشار "ألبيري" و"ميـنافو" (٢٠٠٨: ١٢٦) إلى أنه عندما نستيقظ ونحن نعاني من صداع، واحتقان في الحلق، وتصلب في الرقبة، ووهن عام، فإننا – اعتمادًا على خبرتنا السابقة – نُسمي هذه الأعراض بالبرد أو بداية الأنفلونزا.

(٢) **السبب المُدْرَك Perceived Cause:** ويشير إلى معتقداتنا عن سبب المرض، مثل التعرض لشخص آخر مريض (وهو العزو الخارجي) أو ممارسة سلوك غير صحي، كتناول الخمور بكثرة في اليوم السابق. ففهمنا لسبب المرض

ربما يشتق من خبرتنا وافتراضاتنا السابقة أو من استشارة أحد المتخصصين في الصحة.

(٣) **خط الزمن Time Line**: وهو يمثل اعتقادنا حول مدة استمرار المرض، ويعتمد أيضًا على افتراضاتنا الخاصة أو على المعلومات المتوفرة من خلال المتخصصين في مجال الصحة.

(٤) **النواتج Consequences**: وهي تهتم باعتقاد الأفراد حول تأثير المرض على حياتهم، بمعنى هل سيكون هناك ألم؟ عجز؟ مترتبات انفعالية؟ أم مجرد مزيج من هذه التأثيرات مجتمعة معًا؟.

(٥) **الرؤية والتحكم Curability and Controllability**: وهو بُعد ذو شقين، ينصب أحدهما على بيان ما إذا كان الأفراد يدركون أنه يمكن معالجة مرضهم والشفاء منه، ويوضح الآخر مدى شعور هؤلاء الأفراد بأن المترتبات على مرضهم يمكن التحكم فيها (سواء بأنفسهم أو من خلال المتخصصين في الرعاية الصحة).

وينقسم نموذج التنظيم الذاتي إلى ثلاث مراحل، هي: التفسير Interpretation، والمواجهة Coping، والتقييم Appraisal. حيث تتم عملية القياس للأبعاد الخمسة المذكورة أعلاه أثناء المرحلة الأولي "التفسير". ومن خلال هذه الأبعاد الخمسة تتكون تمثيلات الأفراد للمرض. كما لاحظ "فورشاو" (٢٠٠٢: ٣٥) أنه "لا يمكننا القيام بشيء ما باعتبارنا مرضى، إلا إذا شعرنا بإمكانية التحكم في المرض ذاته، وما يمكننا عمله". كما أن هناك بُعدًا آخر لمرحلة التفسير ينطوي على استجابتنا الانفعالية، فإصابة الفرد بالمرض يترتب عليها قلق وخوف من المترتبات، وكذلك تداعيات كونه مريضًا - ربما أخذ إجازة من العمل عندما يكون هناك مواعيد مهمة - والذي قد يزيد من القلق والاستجابة الانفعالية (راجعة على أخذ إجازة). وهذه أيضًا مرحلة تؤثر فيها معتقداتنا في الطريقة التي نفهم بها أمراضنا ونفسر أعراضنا.

أما المرحلة الثانية "المواجهة"، والتي تبدأ مع نهاية التوصل إلى التفسير، فيجوز لنا - على سبيل المثال - أن نطلب المشورة من الأهل والأصدقاء، ونقرر أخذ إجازة من العمل وتحديد موعد مع الطبيب العام، وفي ظروف أشد صعوبة، ربما نقرر أننا بحاجة إلى استدعاء سيارة إسعاف؛ ولذلك، فبمجرد تعرض الفرد لبداية المرض، تبدأ تنشط تمثيلات المرض (المعتقدات الصحية)، وتتميز بكل من الأبعاد الخمسة المبينة سابقًا. فالتوصل لتمثيلات المرض هذه يسمح لنا بمقارنة

خبـــراتنا الراهنة مع تلك التي كانت لدينا بالماضي، وتمكننا من تحديد قدرتنا على التعامل مع المرض ومواجهتنا له.

ثم تأتي المرحلة الثالثة والأخيرة في نموذج التنظيم الذاتي متمثلة في "التقييم"، وهـــي المـــرحلة التـــي تحدد فيها إحدى استراتيجيات المواجهة التي تم اختيارها، واعـــتمادًا علـــى نتائج التقييم قد يستمر استخدام هذه الاستراتيجية أو التوصل إلى أخـــرى جديدة. وقد لاحظ "فورشاو" (٢٠٠٢: ٣٧) أن بعض البحوث ترى أنه ليس ضروريًّا أن يصل كل فرد إلى مرحلة التقييم؛ وقد يرجع هذا لكونه يميل إلى اتخاذ تـــصرف تجنبـــي، أو أنه ربما استخدم أكثر من نمط للمواجهة، وبالتالي فهو ليس على علم بالحاجة إلى تقييم فعالية الاستراتيجية التي تم اختيارها.

وعلـــى الـــرغم من أن نموذج التنظيم الذاتي يؤثر في دراسة كيفية استطاعة الأفـــراد أن يحـــددوا ويتصدوا للتهديد أو بداية المرض، فهو أيضًا نموذج مفيد من حـــيث كـــونه يقـــدم تفسيرًا ديناميًّا مستمرًّا للطريقة التي نفكر بها حول المرض، وخبرتنا به، وتأثير هذا التفاعل على مواجهتنا له، كما يوفر لنا إطارًا مفيدًا يساعدنا علـــى فهـــم ردود أفعـــال الأشـــخاص نحو المهددات الصحية، إضافة إلى أن له تطبيقيات واسعة المدى لدراسة الشفاء من المهددات الفعلية للحياة أو من الأمراض المزمنة (e.g. Griva et al., 2000; Moose-Morris et al., 1996; Petrie et al., 1995; 2002; Steed et al., 1999).

الملخص:

فـــي هـــذا الفـــصل، تعـــين علينا اكتشاف تطبيق النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعـــي، محددًا العوامل المختلفة التي يعتقد أنها تؤثر في السلوكيات المرتبطة بالـــصحة، مـــع تقـــديم نمـــوذج "ليفينثال" للتنظيم الذاتي. وفي الفصل التالي نركز اهتمامنا على النماذج التي طورت لقياس السلوكيات الصحية وتقييمها.

لمزيد من القراءة:

Radley, A. (1994). Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease. Sage: London.

مصطلحات البحث الافتتاحية

المعـــتقد الـــصحي، المعتقد المرضى، النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، نموذج التنظيم الذاتي.

٣

الفصل الثالث
تفسير السلوك الصحي
Explaining Health Behavior

الفصل الثالث
تفسير السلوك الصحي
Explaining Health Behavior

المقدمة :

وصــف "كورتيس" (٢٠٠٠) نماذج تغيير السلوك بأنها توصيفات بسيطة لــ "كيفــية إمكانــية عمــل شيء ما، بدلاً من تفسير كيفية عمله في الواقع" (Curtis, 2000:11). وهي على هذا النحو لا تقدم لنا تفسيرًا واضحًا لما يحدث، ولكنها تقدم فرصـــة للتعــرف علــى العــوامل التي من المرجح أن تسهم في عملية الحدوث. وبالتالــي فمــثل هــذه الــنماذج تستخدم للتنبؤ بتغيير السلوك، إضافة إلى تصميم استراتيجيات ناجحة للتدخل الصحي(سنركز على العملية في الفصل ٥ و٦).

وفــي هــذا الفصل، يتجه اهتمامنا نحو النماذج الأساسية لتغيير السلوك التي تطورت باعتبارها وسيلة في تحديد السلوكيات الصحية وتقييمها وتغييرها. وسوف نركــز علــى ثلاثة النماذج الأكثر شيوعًا المُشار إليها بنماذج علم النفس الصحي، والتــي تــستخدم لمحاولــة فهم كيفية انتقال الأفراد من الانخراط في السلوك غير الصحي نحو السلوك الصحي الواقي للذاتSelf-protective health behaviour.

وعلــى وجــه الخصوص، يركز هذا الفصل على نموذج المعتقدات الصحية The Health Belief Model، ونظــرية الــسلوك المخطــط The Theory of Planned Behaviour، ونموذج مراحل التغيير The Stages of Change Model. وتصنف هذه النماذج الثلاثة على أنها مناهج معرفية اجتماعية Social Cognitive Approaches، حــيث تــؤكد هذه المناهج المعرفية على أننا أفراد نمثل معالجات معلوماتــية. وهــذا يعنــي أننا نؤدي دورًا نشطًا في تفسير المعلومات التي حولنا؛ وبالتالي تركز النماذج المعرفية الاجتماعية على السياق الاجتماعي لتغيير السلوك، فــضلاً عن العمليات المعرفية التي تجعلنا نفهم السياق الاجتماعي. والفكرة هي أن هــناك تفــاعلا بــين الــسياق الاجتماعي وعملياتنا المعرفية التي تحدد ما إذا كنا سننخرط في تغيير السلوك أم لا.

وتبعا لذلك، فإننا سنناقش في هذا الفصل:

- لماذا نحتاج إلى النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي؟

- عــرض الخطــوط العريــضة للــنماذج المعرفية الاجتماعية الثلاثة للسلوك الصحي.
- تقديم أمثلة على تطبيق هذه النماذج الثلاثة.
- مناقشة الفائدة من وجود هذه النماذج.

*** لماذا نحتاج النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي؟**

Why do we need social cognitive models of health behaviour?

يــسهم التغيير في السلوك المرتبط بالأمراض في تقديم تفسير جزئي في تعدد أســباب الــوفاة وتبايــنها خلال القرن العشرين. فمع تطور فهمنا لأسباب وعلاج الأمــراض، يحــسن فهمنا لأهمية علم الصحة أيضًا؛ حيث أصبح الآن الكثير من الأمــراض التي كانت تهدد الحياة في السابق قابلة للعلاج. وهذا يعني أن معدلات الوفاة ترتبط الآن بشكل أكثر شيوعًا بالظروف التي تتلازم مع السلوكيات المضرة بالــصحة. وتــشمل هذه الأمراض أمراض القلب والشرايين، والأورام السرطانية، وفيروس نقص المناعة، حيث ترتبط كل هذه الأمراض بالسلوكيات المهددة للصحة مــثل التدخــين، وممارسة الجنس غير الآمن، وتناول الكحوليات، وسوء التغذية، ونقص ممارسة الرياضة البدنية.

وكما ناقشنا في الفصل الثاني، يُعرَّف السلوك الصحي تقليديًّا بأنه: السلوك الذي يقــوم بــه الأفــراد مــن أجل تعزيز صحتهم أو للحفاظ عليها. ومع ذلك، فكثير من الــسلوكيات التي لها انعكاسات على صحتنا ننخرط فيها لأسباب أخرى. فعلى سبيل المــثال، قــد يُتــبع نظام غذائي لغرض النحافة لما لها من مظهر جذاب، أو يُتناول الكحــول للــشعور بمزيد من الثقة في المواقف الاجتماعية؛ ولذلك تحتاج السلوكيات الــصحية أيــضًا إلى أن تُعرَّف من حيث تأثيرها على الصحة. ونتيجة لذلك، تنقسم الــسلوكيات الآن إلى السلوكيات المضرة بالصحة Health-Impairing Behaviours (التدخين، وممارسة الجنس غير الآمن)، والتي يكون لها تأثير سلبي على الصحة، والسلوكيات الصحية الوقائية Health Protective Behaviours (ممارسة الرياضة البدنــية، وتــناول الطعام الصحي)، بما لها من تأثير إيجابي على الصحة. ويأمل الباحثون في فهم العوامل الكامنة وراء هذه السلوكيات؛ ليكونوا قادرين على تطوير استراتيجيات فعالة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

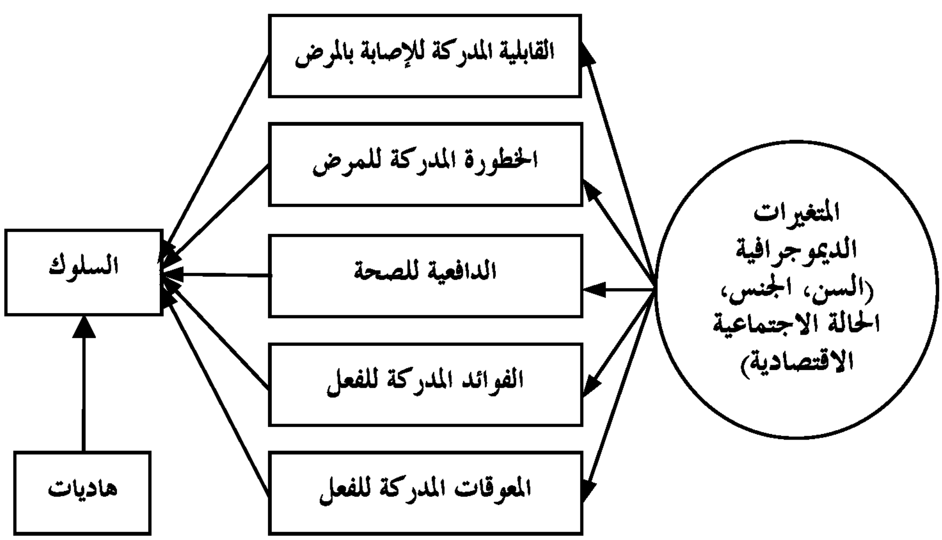
وتتمــثل إحــدى الطــرق التــي حاول بها الاختصاصيون النفسيون فهم هذه العــوامل الكامــنة في تطوير النماذج المعرفية الاجتماعية. ومن المهم الوعي بأن

هناك الكثير من النماذج والنظريات الجديدة التي لا تزال تطرح (في حين لا تختفي أو تتغير النظريات القديمة)؛ ونتيجة لذلك، أصبح هناك قدر من الربكة حول أي هذه النظريات أكثر قيمة، من حيث احتواؤها مفاهيم أكثر أهمية ومناسبتها لتشكيل أساس للتدخلات.

ولا يتبقى من هذا الفصل سوى التركيز على أكثر ثلاثة نماذج معرفية اجتماعية شائعة: نموذج المعتقدات الصحية، ونظرية السلوك المخطط، ونموذج مراحل التغيير.

- نموذج المعتقدات الصحية The Health Belief Model:

نحاول فهم لماذا لا يمارس الكثير من الأفراد السلوكيات الصحية الوقائية؟ ونتساءل - بوجه خاص، وبشكل أكثر تحديدًا - لماذا لا يستخدم الأفراد الخدمات الصحية المتاحة (مثل اختبارات الفحص الدوري)؟ وللإجابة عن هذا التساؤل طور مجموعة من علماء النفس الاجتماعيين في الولايات المتحدة سنة ١٩٧٠ نموذج المعتقدات الصحية (شكل ٣-١). حيث وصف الباحثون هذا النموذج بـ "جد الآباء" grand-parent لجميع النماذج. والافتراض الرئيس لهذا النموذج هو أن انخراط الأفراد أو عدم انخراطهم في السلوك الواقي للصحة يعتمد على عدد من المعتقدات الصحية.



شكل (٣-١) نموذج المعتقدات الصحية

يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى أن احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي محدد يتحدد من خلال إدراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمهم للسلوك الموصى به. فالعناصر الأساسية للنموذج هي:

- القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility: بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين أو عجز ما.
- الخطورة المدركة للمرض Perceived Severity: أي مدى المترتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالمرض أو العجز.
- الفوائد المدركة للفعل Perceived Benefits: وهي الفوائد المتوقعة التي ستتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصحي في هذا الموقف.
- المعوقات أو التكاليف المدركة للفعلPerceived Barriers/Costs، بمعنى: ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟. ومثال ذلك استخدام الواقي الذكري (كسلوك محدد)، ما الفوائد المتوقعة من استخدام الواقي الذكري؟ (الحماية من عدوى الأمراض المنقولة جنسيًّا)، وما عيوب استخدامه؟ (الإحراج في استخدامه).
- الدافعية الصحية Health Motivation: وهي تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.
- الهاديات للتصرف Cues to action: وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية (مثل الأعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية، أو الإصابة بمرض، أو وفاة صديق عزيز).

ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معًا في تحديد مدى احتمال انخراط الأفراد في سلوك معين. والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة "مدركة" Perceived، وهذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورًا محوريًّا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس إدراكي.

- ما أدلة صحة نموذج المعتقدات الصحية؟

كيف يمكن قياس الجوانب المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية؟

على الرغم من تقديم كل من "شيران" Sheeran و"أبراهام" Abraham (١٩٩٦) معلومات مفصلة عن كيفية القيام باستبيان لقياس العناصر المختلفة

لنموذج المعتقدات الصحية، أكد كل من "دي ويت" de Wit و"ستربي" Stroebe (٢٠٠٥) أنه لا يوجد حاليًّا أي استبيان لقياس نموذج المعتقدات الصحية. وترجع هذه المشكلة إلى اختلاف الباحثين في قياس العناصر المكونة لنموذج المعتقدات الصحية باستخدام طرق مختلفة؛ مما يؤدي إلى عدم قدرتنا على مقارنة النتائج.

ومع ذلك، فقد استُخْدم نموذج المعتقدات الصحية بنجاح في عدد مختلف من السلوكيات الصحية. على سبيل المثال، يتنبأ النموذج بمدى التزام المرضى بسلوك الفحص الدوري لسرطان عنق الرحم(Gorin and Heck, 2005). فإذا أدركت السيدة أنها أكثر عرضة لاحتمال الإصابة بمرض الأورام السرطانية في عنق الرحم، وأن الأورام السرطانية في عنق الرحم مرض خطير مهدد للصحة، وأن فوائد الفحص الدوري كثيرة وتكاليف هذا التصرف منخفضة نسبيًّا، فإن نسبة احتمال حضورها الفحص تزداد. وبالمثل، فقد أظهر الباحثون أن الامتثال لنظام غذائي(Sharifrad et al., 2009)، وممارسة الجنس الآمن(Lau et al., 2007)، وتناول التطعيمات الواقية Vaccinations (Reiter et al., 2009)، والعناية بالأسنان(Renz et al., 2009) ترتبط بقابلية الفرد المدركة للإصابة بالمشكلة الصحية، حيث يعتقدون بأن المشكلة خطيرة، ويدركون أن فوائد الإجراءات الوقائية تفوق تكاليفها.

وقد استكشف الباحثون أيضًا المكونات المختلفة للنموذج، ووجدوا أن المعوقات المدركة تمثل أفضل منبئ بحضور العيادة(Wringe et al., 2009)، وذلك تبعًا لبحث بعضهم دور هاديات التصرف في التنبؤ بالسلوكيات الصحية، خاصة الهاديات الخارجية. وعلى سبيل المثال، كشف "سشوفيليد" Schofield وزملاؤه (٢٠٠٧) المعتقدات المرتبطة بسلوك التدخين لدى كبار السن ممن مصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (وهو مرض ناجم عن التدخين مما يسبب إعاقة تدفق الهواء داخل الرئتين). ووجد الباحثون أن هاديات اتخاذ الإجراءات جاءت – سواء من زيادة خطورة المرض أو الأحداث الخارجة عن الفرد – مثل النصيحة من الطبيب. ويعد هذا العمل ضروريًّا خاصة لتدخلات تعزيز الصحة التي تعتمد عادة على هاديات خارجية لتغيير المعتقدات، وبالتالي تعزيز السلوك الصحي.

– تطبيق نموذج المعتقدات الصحية:

ولمزيد من الإيضاح حول كيفية تطبيق نموذج المعتقدات الصحية، فإنه من الضروري استعراض إحدى الدراسات بشكل مفصل. فقد ركز "نورمان" Norman

و"بـــرين" Brain (٢٠٠٥) على سلوك الفحص الذاتي للثدي The behaviour of breast self-examination فـــي دراستهما لبحث تطبيق نموذج المعتقدات الصحية للتنـــبؤ بهـــذا السلوك بين السيدات ذوات التاريخ الأسري بالإصابة بهذا المرض. وعلى الرغم من سهولة تنفيذ سلوك الفحص الذاتي للثدي وكونه طريقة غير مُكلفة؛ تبعًا لسهولة الكشف عن أي كُتل قد تدل على وجود سرطان الثدي، فإن الكثير من السيدات (حتى أولئك اللاتي لديهن تاريخ عائلي بالإصابة بسرطان الثدي) لا يؤدين سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل منتظم.

وقـــد اهـــتم كـــلا الباحثين السابقين في دراستيهما بوجه خاص بمحاولة فهم المنبئات النفسية والاجتماعية لسلوك الفحص الذاتي للثدي بين السيدات المستهدفات لمرض سرطان الثدي. وفي سبيل ذلك تم عمل استبيانين على عينة قوامها (٨٣٣) ســـيدة تتراوح أعمارهن ما بين ١٧ و٧٧ سنة (متوسط أعمارهن ٤١ سنة)، بحيث تـــم تطبيق الاستبيان الأول قبل ذهابهن إلى العيادة، أما الثاني فتم تطبيقه بعد تسعة أشـــهر مـــن حـــضورهن للعيادة. وتضمن الاستبيان مقياس المخاوف من سرطان الثدي، وذلك من خلال تركيزه على تقدير القلق من هذا المرض بشكل خاص. كما طلـــب من السيدات تقرير عدد مرات قيامهن بسلوك الفحص الذاتي للثدي، وأخيرًا تم تطبيق الاستبيان الثاني لقياس المكونات المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية (بما في ذلك مقياس الكفاءة الذاتية) التي تتعلق بسرطان الثدي.

وهذه بعض الأمثلة:

- القابلـــية المدركة للإصابة: ما مستوى الاستهداف من وجهة نظرك؟ ما فرص الإصابة بسرطان الثدي؟
- الخطـــورة المدركة للمرض: إذا أصبت بسرطان الثدي، فحياتي كلها ستتغير. وإذا كـــنت مصابة بالفعل بسرطان الثدي، فأرى أنه مرض أكثر خطورة من الأمراض الأخرى.
- الفوائد المدركة للفعل: الوسائل التي تكشف سرطان الثدي مبكرًا تعطيني قدرًا أكبر من راحة البال.
- المعـــوقات الانفعالـــية المدركة: إيجاد سلوك الفحص الذاتي للثدي يمثل مشقة انفعالية وإحراجًا.
- معـــوقات الكفـــاءة الذاتـــية المدركة: أنا واثقة من قدرتي على فحص الثدي، وأفضل أن أترك الطبيب يفحص ثديي.

وعلـــى أســـاس استجابة أفراد العينة لهذه الأسئلة، تم تصنيف السيدات إلى ثلاث مجموعات: فاحصات الثدي ذاتيًّا بدرجة نادرة، فاحصات الثدي ذاتيًّا بشكل أقـــرب للمناســـبة، فاحـــصات الـــثدي ذاتيًّا بشكل مفرط. وتشير "نادرًا" إلى أداء السلوك ما بين ثلاث أو أربع مرات في السنة، أما "مناسبة" فتشير إلى أداء سلوك الفحـــص الذاتي للثدي شهريًّا أو كل نصف شهر، في حين تدل "مفرط" على أدائه أسبوعيًّا أو يوميًّا.

وتبعًا لذلك، فقد وجدت الدراسة أن هناك اختلافات في أبعاد نموذج المعتقدات الـــصحية باخـــتلاف المجمـــوعات الـــثلاث لسلوك الفحص الذاتي للثدي: النادر، والمناســـب، والمفرط. فالسيدات اللاتي يمارسن سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل نـــادر، اتـــسمن بانخفاض الكفاءة الذاتية والمعوقات النفسية، ورأت فوائد منخفضة لممارســـة ســـلوك الفحص الذاتي للثدي مقارنة بالسيدات اللاتي يؤدين هذا السلوك بعـــدد مناســـب أو مفرط. كما وجدت الدراسة أيضًا أن ارتفاع مستويات الخطورة المدركـــة للمرض والمخاوف من سرطان الثدي تؤدي إلى ممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل مفرط؛ لمحاولة الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي، وهذا مع العلم بـــأن هـــؤلاء السيدات يملن نحو انخفاض الدقة؛ مما قد يؤدي إلى فقدان كتل أثناء الفحـــص. كمـــا استخلص "نورمان" و"برين" (٢٠٠٥) أن المعوقات المدركة تمثل أقوي المنبئات بممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي. وعلى أساس هذه النتائج، سُلط الـــضوء علـــى التطبيقات العملية الناجمة عن دراستهما، فالحاجة ليست إلى تأكيد الفـــوائد الإيجابـــية لأداء سلوك الفحص الذاتي للثدي شهريًّا، بل إلى تطوير طرق معالجـــة المعوقات التي ذُكرت من قِبَل السيدات في هذه الدراسة، ولاسيما معوقات الكفـــاءة الذاتـــية، مـــن حيث زيادة ثقة السيدة في أداء سلوك الفحص الذاتي للثدي بفعالية.

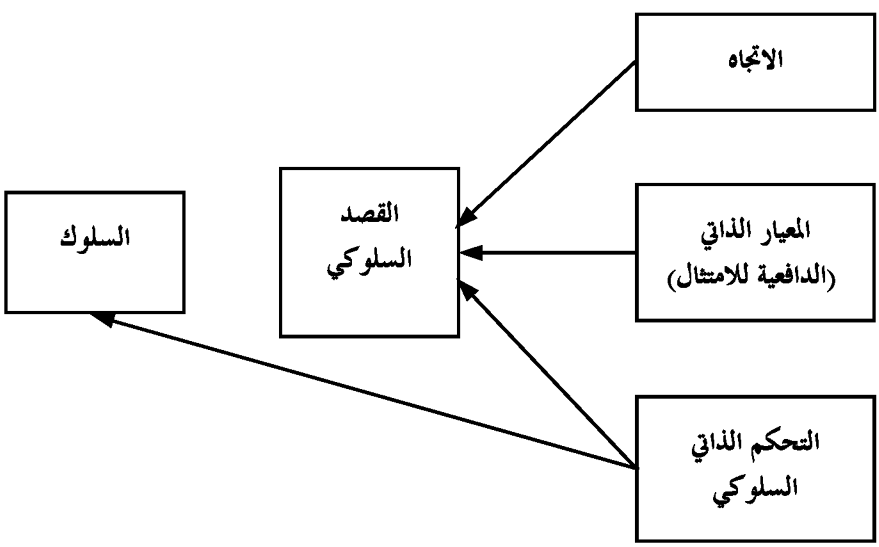
الموجز:

يمـــثل نمـــوذج المعتقدات الصحية إطارًا مفيدًا لفحص السلوكيات الصحية، وذلـــك علـــى الـــرغم من أن بعض الدراسات التي استرشدت بنموذج المعتقدات الـــصحية توصلت إلى نتائج متباينة، إضافة إلى تركيز هذا النموذج على الأفراد (مغفـــلا دور البيـــئة الاجتماعـــية والاقتصادية) باعتبارهم معالجين للمعلومات، وكـــذلك عـــدم أخذه في الاعتبار بشكل واضح دور الانفعالات وتأثيرها المحتمل (مـــثل الخوف)؛ وبذلك يصبح لزامًا علينا أن نركز على تطوير النموذج لغرض التنـــبؤ بما إذا كان الأفراد – على سبيل المثال – سيحصلون على اللقاحات. مع

التأكـــيد على أنه لا يزال نموذجًا مفيدًا في التنبؤ بأحد السلوكيات الصحية، أكثر من التنبؤ بالعادات السلوكية.

- نظرية السلوك المخطط The Theory of Planned Behaviour:

تبنـــى نظرية السلوك المخطط على نظرية الفعل المبرر Theory of Reasoned Action، التـــي تطـــورت مـــن خلال "أجذين" Ajzen و"فيشبين" Fishbein (١٩٧٠، ١٩٨٠). حـــيث افترضـــت نظـــرية الفعل المبرر أن السلوك يمكن التنبؤ به من خلال مقـــصد الـــشخص a person's intention الانخـــراط فـــي سلوك معين، ويتشكل هذا المقـــصد من خلال اتجاه الفرد نحو السلوك وإدراكه للمعيار الاجتماعي. وتعتمد نظرية الـــسلوك المخطـــط علـــى مـــا سبق، بالإضافة إلى فكرة إدراك التحكم السلوكي داخل المعادلة، وقياس مدى اعتقاد الفرد بضرورة التحكم في سلوك محدد (شكل ٣-٢).



شكل (٣-٢) نظرية السلوك المخطط

وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- **الاتجاهات Attitudes:** وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولـــدة عن الانخراط في سلوك محدد. ومن الضروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضًا وظيفة للمعتقدات.

- **المعايير الذاتية Subjective Norms**: وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كـــان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الأزواج.
- **الـــتحكم الذاتي السلوكي Perceived Behavioral Control**: ويهتم بقياس مـــدى اعـــتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح. وهو نتاج المزج بـــين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في الـــسلوك. ومن أمثلة ذلك أنك إذا حاولت إنقاص وزنك، وكنت قد فشلت سابقًا فـــي مقاومة إغراء تناول الآيس كريم، وما زال لديك شك في أن إرادتك قوية بمـــا فـــيه الكفايـــة لمقاومة تناوله الآن، فإن تحكمك السلوكي المدرك سيكون منخفـــضًا. ممـــا ينظِّر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي، فضلاً عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالمقاصد.

وبالمـــثل، إذا كان الأفراد يعتقدون بأن خفض استهلاكهم للكحول من شأنه أن يجعـــل حياتهم أكثر إنتاجية وإفـــادة لصحتهم (الاتجاه نحو السلوك)، ويعتقدون في الوقت نفسه أن الأشخاص المهمين في حياتهم يريدون أيضًا تخفيض استهلاكهم من تـــناول الكحول (المعيار الذاتي)، كما يعتقدون أخيرًا أنهم قادرون على التخفيف من شـــرب الكحـــول، فـــإن هـــذا من شأنه أن يتنبأ بالمقاصد للحد من ارتفاع مستوى استهلاك الكحول (القصد السلوكي).

- ما أدلة صحة نظرية السلوك المخطط؟

هـــناك بعـــض المناقشات حول ضرورة إدراج عوامل أخرى لنظرية السلوك المخطط، والتي لازالت بحاجة إلى النظر فيها أيضًا، وذلك مثل المعايير الأخلاقية والهـــوية الذاتية(e.g. Connor and Armitage, 1998; Sheeran, 2002). إضافة إلـــى عامل آخر ذكر في الآونة الأخيرة وهو الندم المتوقع Anticipated Regret؛ وذلـــك لأن إدراكنا أننا سنندم في المستقبل على سلوك معين قد يؤثر على مقصدنا مـــن أداء العمـــل. وبالإضافة إلى ذلك، فقد دارت هناك مناقشة حول ما إذا كانت المقاصـــد تتـــرجم لممارسة واقعية أو لا – وهو ما يعرف بفجوة السلوك والمقصد Intention-Behaviour Gap. كمـــا دعا بعض الباحثين (e.g. Sniethotta et al., 2005) إلـــى وجوب تشجيع المشاركين على الانخراط في تخطيط السلوك Action Planning – عمـــل خطة مفصلة عن كيفية تنفيذ السلوك واختيار زمانه ومكانه – وذلك بسبب زيادة عملية الفعل التي تترجم المقاصد إلى سلوك.

ومـــع ذلـــك، فإن نظرية السلوك المخطط ترى أن العامل الرئيس الذي يسبق مـــشاركتنا الفعلية في السلوكيات الصحية هو مقصدنا السلوكي. وبعبارة أخرى، إذا كـــان مقصدنا الانخراط في سلوك معين، فقد أظهر البحث أنه ستكون هناك زيادة فـــي احتمالية قيامنا به، سواء أكان القصد في التصرف بطريقة معينة سيعتمد على العـــوامل الـــثلاثة المذكـــورة أعلاه: الاتجاهات والمعايير الذاتية والتحكم السلوكي الذاتـــي أم لا. وقـــد نجح تطبيق نظرية السلوك المخطط بالكامل على أنواع متباينة مـــن الـــسلوك بمـــا فـــي ذلـــك التدخين(Rise et al., 2008)، واستهلاك الكحول (Abraham et al., 2007)، والسلوكيات الجنسية(Gredig et al., 2006)، وحضور فحـــص الـــصحة(Cooke and French, 2008)، وممارسة الرياضة (Boudreau and Godin, 2009)، واختـــيار الأطعمة(Wong and Mullen, 2009)، والفحص الذاتي للخصية(McLenahan et al., 2007).

- تطبيق نظرية السلوك المخطط:

ثـــبت أن لإعادة التأهيل فائدة كبيرة لمرضى القلب، وذلك على الرغم من أن الإقـــبال على طلب خدمات إعادة التأهيل منخفضة. وأوضحت بعض الدراسات أن ٢١٪ فقـــط من المرضى يلتزمون بالبرنامج. كما رأت أيضًا أن للعوامل النفسية - مـــثل الطـــريقة التي يفهم بها المرضى مرضهم - تأثيرًا على التزامهم بالبرنامج. ولاكتـــشاف مـــا إذا كان لتقديم خدمات إعادة تأهيل مرضى القلب فائدة أم لا، طبق "ويـــر" وزمـــلاؤه (٢٠٠١) نظـــرية السلوك المخطط على عملية دعوة المرضى لحضور برامج لإعادة التأهيل.

فقـــد تـــم إشراك سبعة وثمانين مريضًا في الدراسة، وقسموا إلى مجموعتين، إحداهما مجموعة ضابطة - وهي التي تتلقى العلاج كالمعتاد - والأخرى تجريبية - حـــيث تتلقـــى رسالتين صممتا باستخدام مبادئ نظرية السلوك المخطط- . وقد أرســـلت الرســـالة الأولى بعد ثلاثة أيام من الإصابة بمرض القلب، وتحتوي على دعـــوة لحضور برنامج إعادة التأهيل لمرضى القلب، أما الرسالة الثانية فقد أرسلت بعد ثلاثة أسابيع من قبول المرضى لدعوة حضور برنامج التأهيل:

- **الرســـالة:** المقدمـــة "مثل الكثير من المرضى الذين أصيبوا بنوبة قلبية، سوف تُخبر بمكان برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب".
- **الرسالة:** التحكم الذاتي "أثناء هذا البرنامج سوف تقدم لك النصيحة والمعلومات حـــول أفـــضل ســـبل الشفاء من الإصابة بالأزمة القلبية. وستترك لك حرية

المتابعة، إذا كنت ترغب في الشفاء بأسرع وقت ممكن. وقد أثبتت التجربة أن بذل المرضى أي مجهود لتحقيق الشفاء يصاحبه تحقيق نتائج أسرع".

هذه الفقرة تم صياغتها بهذا الشكل لإعلامهم بأنهم سيكون لديهم بعض التحكم فيما يحققونه من إنجاز.

- **الرسالة:** المعيار الذاتي "يوصي الأطباء والممرضون بضرورة حضور الأفراد المصابين بمرض قلبي برنامج إعادة التأهيل".

وتصاغ هذه الرسالة بمثل هذه الطريقة؛ لتجعل المرضى يشعرون بأنه من المعتاد حضورهم لبرامج إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض القلب.

- **الرسالة:** الاتجاه "وذلك لأن الذين يحضرون هذا البرنامج تزداد فرصتهم في الشفاء بشكل أسرع وأفضل من أولئك الذين لا يحضرون. وبالإضافة إلى ذلك، أظهرت الأبحاث أن الحضور يمكن أن يقلل من الاستهداف للوفاة بسبب أزمة قلبية ثانية".

وقد صيغ هذا الجزء الأخير من هذه الرسالة بهذا الشكل للتأثير الإيجابي في اتجاه المرضى نحو البرنامج.

وجد الباحثون من خلال تتبع نسب الإقبال على برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب أن هؤلاء المرضى في المجموعة التجريبية كانوا أكثر قبولاً بشكل واضح لدعوة برنامج إعادة التأهيل، وكذلك أيضًا كانوا أكثر حضورًا في البرنامج. واستخلصوا من ذلك أن نظرية السلوك المخطط تعمل بمثابة مرشد لإقناع المرضى بقبول عرض إعادة التأهيل، ولتشجيعهم على الحضور بعد قبولهم الدعوة. وقد قرر "وير" وزملاؤه (٢٠٠١) أن نظرية السلوك المخطط تزيد من دافع هؤلاء المرضى الذين لم يقرروا بعد الحضور، وتزيد كذلك من احتمال التنفيذ لدى المرضى الذين قرروا الحضور.

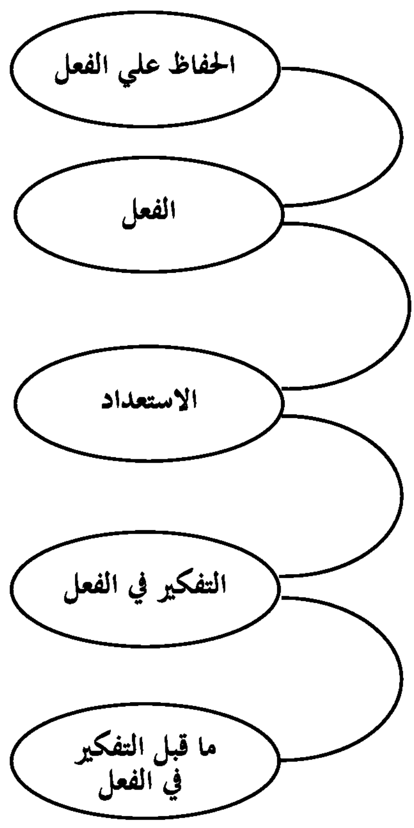
الموجز:

يدعم استعراض الدراسات السابقة نظرية السلوك المخطط، حيث تم اختبارها وتطبيقها بنجاح على نطاق واسع لسلوكيات الصحية. فهي تتضمن المتغيرات المعرفية المهمة، وتؤكد الدور المحتمل للضغوط الاجتماعية؛ حيث حددت نظرية السلوك المخطط عددًا من العوامل التي قد تكون ضرورية لفهم كيفية اتخاذ قرارات حول الانخراط في السلوكيات الصحية، وسبب هذا الاتخاذ. ولكنها كانت أقل نجاحًا في تفسير الفجوة بين المقصد والسلوك.

- نموذج مراحل التغيير The Stages of Change Model:

يُعــرف أيــضًا نمــوذج مــراحل التغيير بنموذج عبر النظري لتغيير السلوك Transtheoretical Model of Behaviour Change. وقد طور كل من "روشاسكا Prochaska و"ديكلمنت" DiClemente النموذج عبر النظري لتغيير السلوك باعتباره وســيلة لتوليف ١٨ معالجة معًا لتصف العمليات المشاركة في توليد التغيير والحفاظ علــيه؛ حــيث يــدرك هــذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة، وأن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي.

ويــشير الجزء الأساس في نموذج عبر النظري لتغيير السلوك إلى أن الناس ينــتقلون مــن مــرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية، وأنهم يفقدون مراحل في بعض الأحــيان، وقد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل أن ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، وبذلك يمثل هذا النموذج غالبًا بوصفه دوامة (الشكل ٣ــ٣).



شكل (٣-٣) نموذج مراحل التغيير

حيث يقترح هذا النموذج خمس مراحل رئيسة للتغيير:

- **مرحلة ما قبل التفكير فى الفعل Precontemplation:** ويعاني الأفراد في هذه المــرحلة مــن نقص الوعي بمشكلة السلوك، وعدم توافر المقاصد أو الخطط لتغيير السلوك في المستقبل (وذلك مثل عدم توفر النية للإقلاع عن التدخين)؛ ممــا ينــتج عــنه غياب الدافع الذاتي لعمل أي تغييرات، وربما يقلل ذلك من الفوائد المترتبة على أي تغييرات محتملة في السلوك.
- **مرحلة التفكير في الفعل Contemplation:** وتتميز بنمو وعي الأفراد بتكاليف الــسلوك السلبي فضلاً عن قابليتهم الذاتية للإصابة. فالأفراد في هذه المرحلة يخــرجون من مرحلة "الجهل هو النعيم"، ويبدأون في إدرك أن إجراء تغيير يمكــن أن يكــون فكرة جيدة. فالأشخاص في هذه المرحلة يبدأون البحث عن معلــومات حــول هذا الموضوع محل الاهتمام، وذلك على الرغم من أنهم قد يعانــون مــن نقــص الثقة في قدرتهم على إحداث تغيير. وباختصار، فإنهم يــبدأون التفكيــر بجديــة في تغيير سلوكهم، دون القيام بأي فعل خلال هذه المرحلة.
- **مــرحلة الإعــداد للفعــل Preparation:** يبدأ الأفراد الالتزام بتغيير سلوكهم، ويضعون خططًا بشأن كيفية بداية التغيير. وتتميز هذه المرحلة بتحضير الفرد ذاته وعالمه الاجتماعي؛ ليلائما نيته في تغيير السلوك المقصود.
- **الفعــل Action:** وتبدأ هذه المرحلة بالانخراط الفعلي في سلوك جديد (التوقف عــن التدخين). فتغيير السلوك الآن هو السمة العامة للأداء. وعلى الرغم من الاســتهداف للانتكاســة فــي هذه المرحلة يكون مرتفعًا، فإنه عادة ما يتلقى الأفــراد الكثيــر من الدعم من قبل عائلاتهم وأصدقائهم؛ لأنهم التزموا بتغيير سلوكهم.
- **مــرحلة الحفــاظ على الفعل Maintenance:** عندما يصل الأفراد إلى مرحلة الحفــاظ علــى تغييــر الــسلوك بمــرور الوقت – عادة ما يكون ستة أشهر (سأواصل عدم التدخين) – يتلقي الأفراد مساندة اجتماعية أقل؛ لأنهم انخرطوا بالفعــل فــي العمــل، ولكن لا يزال من الضروري تقديم الدعم للحفاظ على السلوك الجديد.

وبالإضــافة إلــى المــراحل المبيــنة ســابقًا، يؤكد النموذج على دور التقييم للايجابــيات والسلبيات المدركة من تغيير السلوك، مع الأخذ في الاعتبار ثقة الفرد فــي قدرتــه على تنفيذ التغيير في السلوك. ومع ذلك، فقد ركزت دراسات متعددة

على مراحل عناصر هذا النموذج؛ وبسبب هذا التركيز أصبح يوصف هذا النموذج بنموذج مراحل التغيير، بدلاً من النموذج عبر النظري.

- ما أدلة صحة نموذج مراحل نموذج التغيير؟

لاحظ "أرميتاج" Armitage (٢٠٠٩ : ١٩٧) أن اختلاف مراحل النموذج تتسم بـ "الاستئناف الحدسي الرائع". وبالفعل، فقد أظهرت عدة دراسات دعمها للإفادة من هذا النموذج، لكن "ألبيري" و"مينافو" (٢٠٠٨) أشارا إلى أن هناك انتقادات ترى أن تغيير السلوك لا ينعكس بالضرورة من الاختلافات في العمليات بين المراحل، ولكن أي تغيير قد يكون نتيجة نوع العمليات نفسها التي تحدث عبر التغيير الكامل المرتبط بالسلوك. وبالمثل، توصل "أرميتاج" (٢٠٠٩) إلى حقيقة أن الكثير من الأبحاث تركز على مرحلة بعينها في النموذج على حساب النموذج في مجمله، ويرى كذلك أن الباحثين ينبغي أن يعيدوا النظر في أصول النظرية عبر النموذج، والتركيز على إجراء البحوث على نطاق أوسع لتشمل مراحل النموذج المختلفة. ومع ذلك، فقد طُبِق نموذج مراحل التغيير بنجاح على مجموعة واسعة من السلوكيات الصحية بما في ذلك التدخين(Siru et al., 2009)، واستخدام الواقي الذكري (Tung et al., 2009)، وتناول الكحوليات (Bertholet et al., 2009).

أما التطبيق الرئيس للتدخلات، فقد أظهر أن طبيعة التدخل ينبغي أن تكون مطابقة لطبيعة مرحلة التغيير لدى الأفراد المستهدفين. ولهذا - على سبيل المثال - يكون إمداد المشاركين بالنواتج الصحية المرتبطة باضطراب سلوك صحي ما أكثر فعالية بالنسبة لأفراد مرحلة ما قبل التفكير في الفعل أو مرحلة التفكير في الفعل. فبمجرد اتخاذ قرار أداء الفعل - أو معلومات الحفاظ على الفعل - يكون التركيز على تعزيز الكفاءة الذاتية للأفراد فيما يتعلق بتغيير سلوكهم ليكون أكثر فعالية. وبالتالي تُعد الخاصية الأساسية لهذا النموذج هو أنه بدلاً من تركيزه على أفراد الجمهور المستهدف بعينه، يكون استهدافه أكثر للأفراد بناءً على مرحلتهم في التغيير.

- تطبيق نموذج مراحل التغيير:

كشف "ديكلمنت" وزملاؤه (١٩٩١) عن تطبيق نموذج مراحل التغيير على المنتكسين في برنامج الإقلاع عن التدخين، ودعم هذا الاكتشاف اقتراح تطبيق نموذج مراحل التغيير على المدخنين، والذي يفترض أن المدخنين يتحركون خلال سلسلة من المراحل للتحول بنجاح في تغيير عادة التدخين. وقد تم تحديد المشاركين

(جميع المدخنين) طبقًا لهذه المراحل: مرحلة ما قبل التفكير في الفعل (ن= ١٦٦)، ومـــرحلة التفكير في الفعل (ن= ٧٩٤)، ومرحلة الإعداد للفعل (ن= ٥٠٦)، وتمت المقارنـــة بينهم من حيث تطور سلوك التدخين. حيث أكملوا مجموعة من المقاييس منها:

- مقـــياس الامتـــناع عـــن التدخـــين Smoking Abstinence Measure: يقيس مستوى ثقة المدخن بأنه لن يدخن في ٢٠ موقف تحدٍّ.
- مقـــياس المـــشقة المدركـــة The Perceived Stress Scale: يقيس استجابات المـــشاركين للأحداث غير المتوقعة، وغير المسيطر عليها، والضاغطة التي مرت في حياتهم.
- التحمل الجسمي للنيكوتين Physical Tolerance to Nicotine: يقاس باستخدام اســـتبيان "فاجيرســـتروم" للتحمل Fagerstrom Tolerance Questionnaire (Fagerstrom,1978). والـــذي يعطي وصفًا للاعتماد على التدخين من خلال طرح أسئلة حول عدد السجائر المدخنة يوميًّا، والفترة الزمنية لتدخين سيجارة الصباح، ومدى إمكانية حدوث مرض ناتج عن التدخين.... الخ.
- مقـــياس تـــوازن قرارات التدخين Smoking Decisional Balance Scale: يقيس إدراك الأفراد إيجابيات وسلبيات التدخين.
- مقـــياس تغييـــر عمليات التدخين Smoking Processes of Change Scale: يقيس العمليات المختلفة للتغيير كما هي موضحة في نموذج تغيير المراحل.

واختـــتم "ديكلمنت" وزملاؤه (١٩٩١) بحثهم بتقرير أن نموذج تغيير المراحل مفـــيد من حيث التنبؤ بنتائج برامج الإقلاع عن التدخين. فخلال مدة تتراوح ما بين شهر إلى ستة أشهر، أصبح هؤلاء الأفراد في مرحلة الإعداد للفعل أكثر قدرة على محاولـــة الإقـــلاع عن التدخين، وأقل تدخينًا، وانخفاضًا في الاعتماد، وارتفاعًا في الكفـــاءة الذاتـــية، وأقـــل اقتـــناعا بإيجابيات التدخين وأكثر إدراكا لسلبياته، وأكثر مجمـــوعات مراحل نموذج التغيير محاولة للتوقف عن التدخين. وعلى نحو مماثل، يتوقف عن التدخين كل من ذوي مرحلة التفكير في الفعل بمعدل ثلاثة أيام شهريًّا، وذوي مـــرحلة الإعداد للفعل بمعدل سبعة أيام شهريًّا لمحاولة الإقلاع عن التدخين مقارنـــة بـــذوي مـــرحلة ما قبل التفكير في الفعل. واستخلص فريق البحث أن هذا الـــنموذج مفـــيد فـــي تحديد الأفراد في المراحل؛ وبالتالي تحديد التدخلات الأفضل والأنسب لهم.

الموجز:

يفتـــرض نمـــوذج تغييـــر المراحل سلسلة يتقدم الأفراد من خلالها في عمل تغييـــرات فـــي السلوكيات الصحية. وإن كانت هناك بعض النتائج المتعارضة في تـــراث الأبحاث الموجودة، فإن القوة الرئيسة لهذا النموذج تكمن في تحديده خمس مـــراحل للتغييـــر. فإذا استطعنا نظريًّا تحديد المرحلة التي يوجد فيها الفرد، أمكننا تـــصميم الـــتدخلات التي تناسب مستوى التغيير، وبمطابقة مرحلة التغيير مع نوع التدخل، يكون لدينا أداة قوية لتغيير السلوك المحتمل.

- مشكلات نماذج تغيير السلوك:

ركـــز هذا الفصل على أكثر ثلاثة نماذج شيوعًا في تغيير السلوك. ومع ذلك، فهـــناك نماذج أخرى كثيرة، يركز كل منها على مفاهيم مختلفة أو متداخلة إلى حد ما؛ مما يسبب خلطًا في النتائج البحثية على النحو الذي يُصعب معه تحديد النماذج المناسبة أو الفعالة.

والمشكلة الرئيسة التي تواجه نماذج السلوك هي الفجوة بين المقصد والسلوك، وقـــد أبرزت في بداية هذا الفصل. وقد أسماها "باسكال شيران" Pascal Sheeran بـــ "تأثيـــر التيراميـــسو" Tiramisu Effect في خطابه الافتتاحي في مؤتمر علم الـــنفس السنوي لعام ٢٠٠٥. وما يعنيه من استخدام هذا المفهوم هو أنه على الرغم مـــن أنك قد يكون لك مقاصد حسنة من تناول الطعام الصحي عند الخروج للعشاء، فإنك عندما تقدم لك قائمة الحلوى، تجد أنك لا تستطيع مقاومة التيراميسو؛ ولذا فإن هـــناك حاجة إلى بذل الباحثين مزيدًا من التركيز على زيادة فهم آليات الفجوة بين المقصد والسلوك.

وفي ورقة استكشافية عن تأثير أزمات الحياة على تغيير السلوك لاحقًا، أشار "أوغـــدن" Ogden (٢٠٠٧) إلـــى أن نماذج تغيير السلوك تؤكد على تغيير السلوك باعتباره نتاج عملية بطيئة لمجموعة من النقلات المعرفية وتطوير خطط أو مقاصد سلوكية وتنفيذها. ومن المحتمل أن تقوم فقط هذه التطبيقات والخطط بتسهيل حدوث التغييـــر فـــي المدى القصير، بدلاً من حدوث تغييرات مستمرة طويلة المدى تطلب فقـــط إذا كانـــت مفـــيدة لحالـــة الفرد الصحية(Ogden and Hills, 2008: 421). وبالمثل، لاحظ "سنيهوتتا" Sniehotta (٢٠٠٩) أن البحث في تغيير السلوك "قصير المـــدى" Shortitudinal، بمعنـــى، أن الدراسات فيه تتميز بفترات متابعة قصيرة المـــدى وتعتمد على بيانات التقرير الذاتي. وفي سياق مماثل، وجه كل من "ميشي" Michie و"أبـــراهام" Abraham (٢٠٠٨) الدعـــوة إلـــى الباحثين لضرورة توفير

تقارير أكثر علمية من تطبيق النماذج المعرفية الاجتماعية لتغيير السلوك؛ ولذلك فالحاجة ماسة إلى أن تكون الدراسات المهتمة بهذه النماذج أكثر تماسكاً من الناحية المنهجية والعلمية.

وقد حققت النماذج الاجتماعية المعرفية لتغيير السلوك درجة من النجاح في تحديد العوامل التي يعتقد أن لها صلة بالانخراط في تغيير السلوك. وقد اتضح هذا في النتائج التي نشرها "أرميتاج" و"كونور" (٢٠٠٢) و"شيران" (٢٠٠٢). وعلى الرغم من ذلك، فقد تمت ملاحظة أن هذه النماذج أيضًا تعاني من بعض القصور، حيث وصف "روجر إنغهام" Roger Ingham (١٩٩٣) نماذج المعرفة الاجتماعية بـ"الملابس القديمة التي تناسب فقط الخياط". ومع ذلك، فقد التقط كل من "ميليوسزيك" Mielewczyk و"ويلليج" Willig (٢٠٠٧: ٨١٢) هذه الجملة ورأوا أن باحثي المعرفة الاجتماعية قد أحجموا عن:

"التخلي عن الملابس القديمة، وفضلوا بدلاً منها إجراء تعديلات متكررة على لعبة رمي النبال، والأحزمة (أي في التعريف وقياس المتغيرات المكونة لها)، والتركيز على مجموعة متنوعة من الخرز والحلي والأساور(في شكل متغيرات ثانوية) من أجل تحسين كل من لياقتهم ومظهرهم"

ويتجه الباحثون إلى القول بأن أحد أسباب صعوبة التنبؤ بالسلوك الصحي ربما يوجد في افتراضنا بأن هناك شيئًا من هذا القبيل "السلوك الصحي". فقد لاحظوا أننا نميل إلى وصف السلوكيات الصحية بشكل منفصل، وتعريفها بشكل ضيق، وملاحظتها كأجزاء متقطعة من الأداء. فقدموا هذا الاقتراح المثير بأن السلوكيات الصحية قد لا تكون هذه الأفعال المنفصلة البسيطة، ولكنها إلى حد كبير معنية بسياق خاص. وهكذا، فقد أوحى الباحثون بعامل رئيس، وهو أننا بحاجة إلى فهم لغة المشارك عند النظر في اهتمامات تغيير السلوك. فإذا ركزنا على استخدام اللغة، أمكننا استخراج معانٍ مختلفة مرتبطة بالسلوكيات الصحية:

وعلى سبيل المثال، قد يساعدنا اكتشاف الاختلافات بين "ممارسة الجنس" having sex، و"ممارسة الحب" Making love، و"الهزار السخيف" Fucking على فهم لماذا يُعد استخدم الواقي الذكري متوافقاً مع فرد وغير متوافق مع آخر. وبالمثل دراسة طرق كثيرة ومختلفة تشير إلى...."سلوك الأكل" (على سبيل المثال: تناول الغداء، تناول العشاء، تقاسم وجبة، تناول وجبات خفيفة، الطعام، القضم، الانتفاخ، تصبيرة، وهكذا) يمكن أن تكشف عن وجود مجموعة واسعة من الممارسات الاجتماعية التي تشمل المواد الغذائية بطريقة أو بأخرى. فما يؤكل

وكميـــته والـــسياق الـــذي يجد فيه الأفراد صعوبة في تنفيذ إرشادات سلوك الأكل الـــصحي يـــتوقف على ممارسات الأفراد التي يرون أنه ينبغي الانخراط فيها أثناء ذلك الوقت(Mielcwczyk and Willig, 2007:830).

ولخـــص الباحثون في ورقتهم القول بأن هناك حاجة إلى تكوين نظرة جديدة لبحوث السلوك الصحي. وأشاروا إلى أن إحدى الطرق لتحقيق ذلك:

هـــي "طـــرد الملابس القديمة والشروع في مهمة الحصول على خزانة جديدة تحـــتوي على مجموعة واسعة من الملابس المتنوعة التي يمكن أن تكون مختلطة ومـــتطابقة لتولـــيد مجموعة متنوعة من ملابس متنوعة لتناسب المواقف المختلفة" (Mielcwczyk and Willig, 2007:831)

الملخص:

ركـــز هذا الفصل على النماذج الرئيسة لتغيير السلوك التي وضعت باعتبارها وســـيلة لتحديد السلوكيات الصحية وتقييمها وتغييرها. وقد وصف ثلاثة نماذج على وجـــه الخـــصوص: نموذج المعتقدات الصحية، ونظرية السلوك المخطط، ونموذج مراحل التغيير. كما تم بحث علة الحاجة لمثل هذه النماذج ومدى فائدة هذه النماذج القائمة.

وفـــي ورقة بحثية حديثة، ذكر "كريس أرميتاج" Chris Armitage (٢٠٠٩ : ١٩٥) ما يأتي:

"الـــسلوكيات الـــصحية ليـــست سوى واحدة من الأسباب الرئيسة للوفيات في البلدان المتقدمة اقتصاديًّا، وهي تسعى لتعديل محتمل؛ مما يعني – على النقيض من الكثير من العلاجات الأخرى – أن تغيير السلوك يمثل وسيلة يحتمل أن تكون فعالة في الحد من عدد الوفيات".

وانطلاقًـــا مـــن هـــذا الاعتبار، فقد تمت زيادة الاهتمام لتطبيق نماذج تغيير السلوك في مجال تعزيز الصحة.

وســـوف يركـــز الجـــزء الآتـــي من هذا الكتاب على تعزيز الصحة، وكيفية التخطيط لها، وتنفيذها، وتقييمها.

لمزيد من القراءة:

Armitage, C. (2009). Is there utility in the transtheoretical model?. British Journal of Health Psychology, 14, 195-210.

Mielewczyk, F. and Willig, C. (2007) Old clothes and an older look: The case for a radical makeover in health behavior research. Theory and Psychology, 17(6), 811-37.

مصطلحات البحث الافتتاحية:

اضـــطراب الـــسلوك الـــصحي، السلوك الصحي الوقائي، نموذج المعتقدات الصحية، نظرية السلوك المخطط، نموذج مراحل التغيير.

القسم الثاني: تعزيز الصحة

٤

الفصل الرابع
ما المقصود بتعزيز الصحة؟
What is Health Promotion?

الفصل الرابع
ما المقصود بتعزيز الصحة؟
What is Health Promotion?

المقدمة :

تعزيــز الــصحة هو الاهتمام بإيجاد سبل لتشجيع السلوكيات الصحية. وعلى الرغم من عدم وعينا بتعزيز الصحة:

فإنــنا فــي وقت ما في حياتنا، نستفيد جميعًا من بعض أشكال النشاط المعزز للــصحة، سواء أكان ذلك من خلال نشرات أطباء العمليات الجراحية، أم من خلال عــرض رســائل علــى نطاق واسع في الإذاعة والتليفزيون أو اللوحات الإعلانية (Albert and Munafo, 2008: 199).

وسندرس في هذا الفصل:

- ما المقصود بتعزيز الصحة؟
- المناحي المختلفة لتنفيذ تعزيز الصحة

*** ما المقصود بتعزيز الصحة؟ What is health promotion? :**

يــستخدم مصطلح تعزيز الصحة على نطاق واسع، لكن نادرًا ما يعرفه الذين يــستخدمونه، فغالــبًا مــا يكون هناك افتراض ضمني بأننا جميعًا نعرف ما نعني بتعزيــز الــصحة. وبتعمق فحص التراث يتضح أن هذا المصطلح لا يستخدم فقط علــى نطاق واسع، بل يطبق كذلك بطرق متنوعة. وقد أبرز "تاننهيل" Tannahil (١٩٨٥) هــذه المــشكلة، ولاحظ أن تعزيز الصحة يُعد مفهومًا بدون معنى محدد؛ وذلــك لاســتخدامه بــشكل مخــتلف جدًّا. كما لاحظ "نايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣) أن الطريقة التي يُعرف بها تعزيز الصحة ترتبط بطريقة نظرتنا للصحة؛ ولذلك فمثلما تغيرت رؤيتنا للصحة بمرور الوقت، تغير في المقابل تعريف تعزيز الصحة. ولأن المناحي المبكرة لتعزيز الصحة كانت تعتمد على النموذج الطبي؛ فإنها كانت تركز تركيزًا قويًّا على الوقاية من الأمراض.

ويتــضمن أحدث أمثلة تعزيز الصحة تطوير برنامج يهدف إلى الحد من تأثير أنفلونــزا الخنازيــر، ويركــز هذا المنحى على وجود بنية تحتية قادرة على تنفيذ

البـــرنامج. وبعبارة أخرى، يتطلب تحقيق هدف الوقاية من أنفلونزا الخنازير وجود عمال مدربين ومعدات ومرافق المختبرات وتطوير لقاح فعال، ....إلخ.

ولا تـــزال الـــنماذج الطبية المتعلقة بمشكلات صحية محددة، لكن في الآونة الأخيرة، اتجه التركيز أكثر نحو الصحة ونوعية حياة السكانِ ككل. وهذا يعني أنه بـــدلاً مـــن أن تبدو الصحة مسئولية الأفراد، فإن هناك اعترافًا متزايدًا بأن العوامل الاجتماعية والبيئية لها أيضًا دور تؤديه، ويجب أن تؤخذ في الاعتبار عند التخطيط لتعزيز الصحة.

وعلى الرغم من عدم التقبل الكامل للحاجة إلى الاعتراف بالعوامل الاجتماعية والبيئـــية، فمن الضروري في هذه المرحلة تسليط الضوء على مجال الطب البديل والتكاملي(Complementary and Alternative Medicine (CAM. حيث اكتسب هـــذا المجـــال شعبية سريعة بين العامة، وكذلك كسب مصداقية متزايدة مع المنهج التقليدي للرعاية الصحية(Hill, 2003). وبالفعل، ذُكِر أن تعزيز الصحة في القرن الحـــادي والعشرين لم يستطع تجاهل التطورات في الطب البديل والتكاملي (Hill, 2003: 270). والـــسبب وراء هـــذا الـــزعم هو أن المناحي المتعددة للطب البديل والتكاملـــي تماثـــل إلـــى حد ما مبادئ المهتمين بتعزيز الصحة ومفاهيمهم الكامنة (Gibson et al., 1995)، وينبغـــي بـــناء تواصل بين أنصار كل من المنهجين من أجل استفادة مجالات الرعاية الصحية وتعزيزها (Whitehead, 1999)، وهو مجال مثير ومتطور يحتمل أن يكون لديه الكثير لتقديمه في مجال تعزيز الصحة.

فتعـــريفات تعزيز الصحة التي تشمل نظرة أوسع تم طرحها من خلال منظمة الـــصحة العالمـــية World Health Organization (١٩٨٤)، التي تصف تعزيز الـــصحة بأنه "عملية تمكين الأفراد من زيادة التحكم في حالتهم الصحية وتحسينها"، كمـــا رأى "ميليو" Milio (١٩٨٦) أن تعزيز الصحة هو جميع القرارات التي من شـــأنها الاختـــيار الـــصحي والأســـهل. وبالمثل، رأى "ماركس" Marks وزملاؤه (٢٠٠٥: ٣٩٣) أن تعزيز الصحة هو "العملية أو النشاط الذي يسهل وقاية الوضع الصحي للأفراد والجماعات والمجتمعات والسكان، أو تحسين هذا الوضع". وتمشيًا مع وجهه النظر الواسعة لاختصاص تعزيز الصحة، قدمت منظمة الصحة العالمية (١٩٨٤) خمـــسة مبادئ رئيسة واضحة تأخذ في اعتبارها المؤثرات المتنوعة على صحتنا، والتي تعتبر ضرورية لتعزيز الصحة:

١- ينبغـــي اشتراك السكان كلهم في سياق حياتهم اليومية، ولا ينبغي التركيز فقط على الأشخاص المستهدفين لخطر الإصابة بأمراض محددة.

٢- يجب التوجه المباشر نحو أسباب الصحة، مع التأكد من أن ظروف البيئة الكلية (التي تقع خارج نطاق سيطرة الأفراد) مؤدية إلى الصحة.
٣- ينبغي الجمع بين المناهج والأساليب المختلفة بشكل تكاملي (الاتصال، والتعليم، والتشريع، ....إلخ).
٤- ينبغي استهداف المشاركة العامة الفعالة، وتشجيع جماعات المساعدة الذاتية.
٥- الاعتراف بأن متخصصي الصحة لهم دور مهم في رعاية تعزيز الصحة وتمكينه.

وهكذا، يعتمد حاليًا مجال تعزيز الصحة على فهم أن السلوكيات التي نمارسها، فضلاً عن البيئة التي نعيش فيها لهما تأثير ملحوظ على صحتنا (Bennett and Murphy, 1997). والواقع أن الافتراض الرئيس الذي يدعم مجال تعزيز الصحة هو أن إجراء التغييرات المناسبة على مستوى كل من سلوكنا ونطاق البيئة الواسعة سيؤدي إلى تحسن ملحوظ في صحتنا.

وسوف يركز ما تبقي من هذا الفصل على الكيفية التي يمكن بها تشجيع مثل هذه التغييرات.

*** مناحي تعزيز الصحة Approaches to Health Promotion :**

هناك ثلاثة مناحٍ رئيسة لمبادرات تعزيز الصحة: منحى تغيير السلوك The Behaviour Change Approach، ومنحى التمكين الذاتي The Self-Empowerment، ومنحى تنمية المجتمع The Community Development Approach (Marks et al., 2005). وكل منحى من هذه المناحي يتبنى وجهة نظر مغايرة باعتبارها أفضل وسيلة لتغيير السلوكيات الصحية، حيث:

١- يستند المؤيدون لمنحى تغيير السلوك على أن تعزيز الصحة ينبغي أن يركز على تغيير عمليات تفكير الأفراد (المعارف، مثل معتقداتهم حول أهمية السلوكيات المختلفة).
٢- يعتمد منحى التمكين الذاتي على افتراض أن التغييرات في السلوكيات الصحية تنفذ غالبًا حين يشعر الأفراد بأنهم يتحكمون في كل من بيئاتهم الاجتماعية والداخلية؛ فزيادة الشعور بالتحكم (التمكين الذاتي) يصاحبه زيادة التأثير في اتخاذ القرارات الخاصة بصحتنا. فإذا شعرنا بالتحكم، فإننا سنكون أكثر قدرة على التصرف؛ وبالتالي تحث مناحي التمكين الذاتي على الممارسة

والمشاركة في الأنشطة المرتبطة بالصحة من خلال زيادة تصورات الأفراد قدرتهم على التحكم في بيئاتهم الاجتماعية والداخلية.

٣- يؤكد منحى تنمية المجتمع على العلاقة بين الحالة الصحية للفرد والسياق الاجتماعي والصحي الذي يعيش فيه.

(١) منحى تغيير السلوك The Behaviour Change Approach:

الفكرة الجوهرية في منحى تغيير السلوك هي أن معرفتنا بالمعتقدات التي يتمسك بها الفرد حول مزايا اتخاذ إجراءات وقائية(تغيير السلوك أو تجنبه)، وكذلك المعتقدات التي يتمسك بها حول المخاطر المرتبطة بالانخراط في سلوك محدد، تمكننا بعد ذلك من تحديد المعتقدات التي يجب استهدافها أو تعديلها من أجل إحداث تغيير في السلوك المسئولة عنه.

ويهدف مؤيدو هذا المنحى إلى تشجيع الأفراد على تبني السلوكيات الصحية التي تعتبر أساسية لتحقيق تحسين الصحة. وهو يمثل منهجًا عامًّا؛ لأنه يرى الصحة باعتبارها خاصية للأفراد، ويفترض أنهم قادرون على أداء تحسينات حقيقية في صحتهم من خلال الاختيار الإيجابي لتغيير أسلوب حياتهم. وعادة ما تتوجه الحملات السلوكية نحو تغيير السلوك المستهدف في اتجاه محدد – مثل تشجيع الأفراد على التخلي عن التدخين، أو الالتزام بالأنظمة الغذائية الصحية، أو ممارسة الرياضة بشكل منتظم – فينصب الاهتمام على الأفراد الذين يتم تشجيعهم على إجراء التغييرات المطلوبة.

وقد أوضح "سكالا" Scala وزملاؤه (٢٠٠٨) من خلال عرضه لأحد الأمثلة المعاصرة مدى الإفادة من منحى تغيير السلوك، وذلك من خلال تطبيقه على مجموعة من مرضى ضغط الدم المرتفع؛ وذلك لما يترتب على ضغط الدم المرتفع من نواتج صحية خطيرة، حيث يرتبط بأمراض القلب التاجية، وفشل القلب، والسكتة الدماغية، وأمراض الكلى. فهو هدف لحملات تعزيز الصحة؛ لأنه يمكن تعديله إذا تغير أسلوب الحياة، ونفذت استراتيجيات وقائية (Burke et al., 2005; Gascon et al., 2004). فالتغييرات في أسلوب الحياة المرتبطة بخفض ضغط الدم تشمل فقدان الوزن، وتقليل تناول الملح، وكثرة ممارسة التمرينات الرياضية، وخفض استهلاك الكحول(Appel et al., 2003). وعلى الرغم مما لاحظه "سكالا" وزملاؤه (٢٠٠٨) من أن الأفراد يجدون أنه من السهل نسبيًّا فهم المطلوب لتعديل أسلوب الحياة، فإنهم يشعرون أن عملية التنفيذ أكثر صعوبة.

ومــن أجل تشجيع تغيير السلوك، أخذ "سكالا" وآخرون (٢٠٠٨) مجموعتين مــن مرضى ضغط الدم المرتفع، إحداهما بمثابة مجموعة ضابطة، والأخرى باسم مجمــوعة الــتدخل، حيث أكملت كلتا المجموعتين الاستبيان، وتم قياس ضغط الدم مــرتين إحــداهما قبل برنامج التدخل الصحي، والأخرى بعد مرور ١٢ شهرًا، ثم قدمــوا للمجموعة الضابطة معلومات لفظية بسيطة عن مرض ضغط الدم المرتفع، فــي حــين شاركت مجموعة التدخل فيما يُسمى بمجموعة التركيز. وفي مجموعة التركيــز يتم تشجيع المرضى على التعبير عن أفكارهم ومعتقداتهم ومخاوفهم بشأن مرض ضغط الدم المرتفع. والهدف من هذا الإجراء هو تمكين الباحثين من تحديد أي معــتقدات غامــضة وغيــر صحيحة يحتفظ بها المرضى. كما شاركت أيضًا مجموعة التدخل في لعب أدوار مصممة لمحاكاة مواقف متنوعة. والهدف منها هو إمــداد المرضى بمعلومات دقيقة حول ضغط الدم المرتفع، وهي مصممة خصيصًا لرفع مستوى معرفة المرضى، كما أنها أيضًا تمكن المرضى من أداء تغييرات في أسـلوب حــياتهم. وقــد ساعدت هذه العملية الأدائية المرضى على تحديد العقبات المحتملة في عملية تنفيذ تلك التغييرات، وبالتالي سمحت لهم بتطوير الاستراتيجيات التي تساعدهم على التغلب على هذه العقبات، إذا ما واجهوها في حياتهم الفعلية.

وقــد أظهــرت نــتائج هــذه الدراســة انخفــاض مستويات ضغط الدم لدى المجموعتــين بعد مرور سنة، وجاء الانخفاض بدرجة أكثر في الدلالة الإحصائية بــين أفــراد مجموعة التدخل. ورأى "سكالا" وزملاؤه (٢٠٠٨) أن التغييرات في المجموعة الضابطة قد ترجع إلى جمع بيانات ضغط الدم لديهم؛ فربما زادت عملية جمــع البــيانات هــذه مــن زيادة وعي المرضى بحالة ضغط الدم المرتفع لديهم. واستخلص الباحثون أن المشاركة في منحى تغيير السلوك لوقاية الصحة تُعد وسيلة فعالة وقوية لتحسين النواتج الصحية لمجموعة المرضى.

أما بالنسبة للانتقادات الموجهة لمنحى تغيير السلوك، فمنها عدم معرفة طبيعة العلاقة المركبة بين المعتقدات الصحية وقدرتنا على تغييرها؛ وهذا بسبب افتراض منحى تغيير السلوك أن الأفراد لا يتحملون مسئولية رعاية أنفسهم، وبالتالي يُلامون على العواقب؛ ومن ثم فإن هذا المنحى لا يأخذ في اعتباره تمامًا حقيقة أن العوامل الاجتماعية والبيئية يمكن أن تكون عاملا يؤثر في قدرتنا على تنفيذ التغيير.

كمــا وجه "سوتون" Sutton (٢٠٠٢) نقدًا آخر لهذا المنحى، حيث أشار إلى أنــه علــى الرغم من وجود أنماط من المعتقدات في المناحي السلوكية تحتاج إلى

تغييـــر من أجل تحقيق تغيير السلوك المستهدف في الاتجاه المرغوب، فإن العملية التي يتم بها تغيير المعتقدات لم تذكر.

وقد قام بدراسة التأثير المحتمل لهذه العوامل بشكل أعمق إلى حد ما "داركير" Darker وزمـــلاؤه (٢٠٠٧)، حـــيث اكتشفوا العلاقة المركبة من خلال سلسلة من المقـــابلات شبه المنظمة Semi-structured interviews المعتمدة على السير على الأقـــدام. ويُعـــد الـــسير على الأقدام (المشي) هو نمط أسلوب الحياة الأكثر شيوعًا للنشاط الجسمي(Siegel et al., 1995). وقد أظهرت الأبحاث السابقة أن الراشدين في المملكة المتحدة لديهم معتقدات إيجابية عن ممارسة السير على الأقدام باعتباره نشاطًا جسميًا (مثل المشي جيدًا باعتباره ممارسة رياضة ووسيلة لتخفيف التوتر)، ومن المعتقدات السلبية الأكثر شيوعاً عن انخفاض ممارسة السير على الأقدام نجد ســـوء الأحـــوال الجـــوية وعدم وجود وقت كاف(Darker et al., 2007b). وربما أصـــبح مـــن غير المستغرب من خلال هذه المعلومة أن نعلم أن هناك في المملكة المتحدة أكثر من ٦٠٪ من الراشدين الذكور و٧٠٪ من الراشدين الإناث لا يقومون بنشاط بدني كاف بدرجة مفيدة لصحتهم (Department of Health, 2004).

ويتمـــثل هـــدف دراسة "داركير" وزملائه (٢٠٠٧) المستندة على المقابلة في اكتـــشاف كيفية فهم فائدة السير على الأقدام بشكل أكثر عمقًا. وإذا كان المشاركون يدركـــونه بـــشكل متطابق مع حملات التوعية الصحية، فقد وجد الباحثون أنه على الـــرغم مـــن أن السير على الأقدام ينظر إليه بشكل عام ويصور في مجال الوقاية الـــصحية بأنه شكل للنشاط البدني الذي يتاح لدى أغلبٍ الأفراد، فإن المشاركين في دراستهم يصنفون السير على الأقدام بشكل مختلف وفقًا للسياق، فالأكثر شيوعًا هو رؤيـــة الـــسير علـــى الأقدام باعتباره ليس نمطًا من أنماط ممارسة الرياضة، لكنه وســـيلة لتحقـــيق غاية(Darker et al., 2007a: 2175). حيث وصف المشاركون السير على الأقدام بأنه وسيلة مواصلات يوظفونها لتنقلهم من مكان لآخر، أكثر من كونها وسيلة لممارسة الرياضة التي تؤدي إلى فوائد صحية؛ ولذلك يُعد السير على الأقـــدام فـــي الأماكن الحضرية نشاطًا غير سار ووظيفيًا، في حين أن السير على الأقـــدام فـــي الأمـــاكن الريفية يُعد ممتعًا ووسيلة لممارسة الرياضة والاستفادة من الهواء النقي.

ولذا اقترح "داركير" وزملاؤه (٢٠٠٧) أنه من أجل تعظيم أثر رسائل تعزيز الـــصحة لتغييـــر الـــسلوك المتمثل في التشجيع على السير على الأقدام، فإن هناك حاجـــة ضـــرورية لمعالجـــة المفاهيم الخاطئة من خلال حملات التوعية الصحية،

ويضاف إلى ذلك الحاجة إلى اكتشاف عدم التماثل بين توجهات حملة التوعية الصحية للسير على الأقدام ومعتقدات المشاركين بشكل أعمق؛ مما يساعد على معالجة الرسائل لتكون أكثر وضوحًا. وقد أظهرت دراستهم بوضوح مدى ضرورة فهم الأفراد والمعتقدات، فضلاً عن السياق الاجتماعي والبيئي الذي لابد أن يؤخذ في الاعتبار لتأثيره على احتمالية الانخراط في هذا السلوك. واستنتجوا أنه من أجل تشجيع الأفراد على تغيير سلوكهم، فإن هناك حاجة إلى فهم كل المحددات المؤثرة على رغبة المشاركين وقدرتهم على الانخراط في تغيير السلوك. وبعبارة أخرى، فإنه لا يكفي مجرد التركيز على السلوك بشكل منعزل، بل لابد أن يكون التركيز على نطاق أوسع.

(٢) منحى التمكين الذاتي The Self -Empowerment:

يقوم منحى التمكين الذاتي على فكرة أنه إذا شعر الأفراد بأنهم متحكمون في بيئاتهم الاجتماعية والداخلية، فإنهم يكونون أكثر انخراطًا في أنشطة تعزيز الصحة؛ حيث يقوي إحساسهم بالتحكم قدرتهم على السيطرة بفعالية. ويرى مؤيدو هذا المنحى ضرورة مساعدة الأفراد على أن يكونوا في وضع يمكنهم من تحديد اهتماماتهم الصحية الخاصة بهم؛ مما يمكنهم في وقت لاحق من زيادة المهارات، ومن أكثر المهارات أهمية في هذا السياق، مهارة الثقة (الاعتقاد الذاتي) في قدرتهم على أداء الاهتمامات الصحية. ويبدو واضحًا أن هذا المنحى يرتبط بتعريف منظمة الصحة العالمية (١٩٨٤) الذي يسلط الضوء على أهمية تعزيز الصحة من خلال تمكين الأفراد من زيادة التحكم في حياتهم.

وتقدم برامج الإقلاع عن التدخين مثالاً واضحًا لمنحى التمكين الذاتي، فالأفراد الذين يتوقفون عادة عن التدخين لديهم القدرة على التعامل مع عدد من الموضوعات المختلفة، التي تشمل فقدان مصدر قوي للدعم (السجائر)، وتغيير عادة راسخة، وتحمل خبرة أعراض الانسحاب.

وقد أشار "بينيت" Bennett و"مورفي" Murphy (١٩٩٧) إلى أن برامج التوقف عن التدخين التي تعترف بهذه المشكلات المحتملة، وتعلم المشاركين المهارات اللازمة للتعامل مع هذه المشكلات، إضافة إلى إكسابهم المهارات اللازمة لحمايتهم من الانتكاس، من المرجح أن تكون أكثر فعالية. ولعمل ذلك يقوم القائمون بتعزيز الصحة بإعطاء الفرد الذي يحاول التوقف عن التدخين مجموعة من المهارات التي تساعده، فمهارة الشعور بالثقة تطورت حديثًا لتحسين القدرة على

مـــواجهة عملـــية الإقلاع عن التدخين؛ مما يشعرهم بالتمكن، وكأن لديهم عنصرًا للـــسيطرة فـــي هـــذه العملية. وربما كان من الأمثلة الخاصة بهذا المنحى المصمم لمساعدة الأفراد على التعرف على ما يؤدي إلى التدخين (على سبيل المثال: العادة، والاعـــتماد علـــى النيكوتين، والضغط الاجتماعي)، كما يشجع الأفراد على التفكير المستقبلي في المواقف التي تتسم بالمخاطر الكبيرة المحتملة. فالتفكير من خلال هذه الـــسيناريوهات يـــساعد علـــى تجهيـــز الأفراد لزيادة القدرة على التعامل مع هذه المواقـــف. فمواقف المخاطر المرتفعة تتنوع من فرد لآخر، ولكن قد تشمل مقابلة الأصـــدقاء فـــي حانة أو عقب خلاف، حيث إن الاستجابة المعتادة السابقة ستكون إشعال سيجار. فتحديد مثل هذا السيناريو، يشجع الفرد على تطوير استجابات بديلة يمكـــن تنفيذها بدلاً من السابقة. وقد صمم هذا المنحى لتمكين الأفراد وتحسين ثقتهم في قدرتهم على وضع ممارسة سلوك الصحة في بؤرة التنفيذ.

وقد وصف "نايدو" و"ويلز" (٢٠٠٣) منحى التمكين الذاتي بأنه فريد من نوعه؛ لأنه يبتعد على حد ما عن المنحى التقليدي، الذي يعتمد فيه متخصصو الصحة على "دور الخبـــراء"، ويتجه بهم نحو نموذج يمارسون فيه دور المُيسر، كما يعمل هذا المنحى مع الأفراد على مساعدتهم في تحقيق أهدافهم الصحية. فهذا المنحي يصمم بـــشكل واضـــح لتلبية احتياجات الأفراد، ويتمركز إلى حد كبير حول العميل، كما يمكـــن أيـــضاً تطبـــيقه علـــى نطاق أوسع من ذلك بكثير في شكل منحى تطوير المجتمع.

(٣) منحى تطوير المجتمع The Community Development Approach:

يـــؤكد منحى تطوير المجتمع العلاقة بين وضع الحالة الصحية للفرد والسياق الاجتماعي والصحي له. فمؤيدو هذا المنحى يذكرون أن حالة الفرد الصحية تعتمد علـــى المسببات البيئية للأمراض، وأن التصدي لمثل هذه الأسباب البيئية لاعتلال الـــصحة يحـــتاج إلـــى عمل الأفراد بشكل جماعي لإحداث تغيير في بيئتهم البدنية والاجتماعية.

ومن الضروري أولاً – قبل أن نكشف عن هذا المنحى بمزيد من التفصيل – توضـــيح مـــا المقصود بالمجتمع، فكثيرًا ما نستخدم مفهوم المجتمع في المناقشات التـــي تـــدور حول الصحة والرعاية الصحية. وهناك طرق مختلفة متعددة لتعريف المجتمع، ومن أكثرها شيوعًا:

- **الجغرافيا:** يرى هذا المنحى للمجتمع أن القائمين بحملات تعزيز الصحة يجب عليهم تعيين المنطقة أو البقع الجغرافية التي يتم العمل بها؛ وذلك لافتراض أن الأفراد الذين يعيشون في المنطقة نفسها لهم اهتمامات واحدة؛ ولذلك ينبغي على حملات تعزيز الصحة تحديد المواقع الجغرافية.
- **الثقافة:** يفترض هذا المنحى للمجتمع أن التقاليد الثقافية المشتركة قد تتجاوز الحدود الجغرافية، وتوحد مجموعات متفرقة من الأفراد. ويتوقع من ذلك أن أعضاء المجتمع الثقافي الواحد يساعد كل منهم الآخر، كما يشاركون في الموارد والمصادر والاهتمامات؛ ولهذا ينبغي أن تستهدف حملات تعزيز الصحة المجموعات الثقافية.
- **التطابق الاجتماعي:** ويعنى بذلك أن أعضاء هذا المجتمع يتشاركون في شبكات الدعم والمعرفة والموارد وفقًا لتصنيفهم الاجتماعي؛ ولهذا ينبغي على حملات تعزيز الصحة استهداف هذه الفئات الاجتماعية، مثل "المجتمع من الطبقة العاملة" أو "المجتمع مثلي الجنس".

ومن المهم أن نشير إلى أن تفسيرات مفهوم المجتمع ليست متجانسة كما تظهر من الوهلة الأولى. فعلى سبيل المثال، يشمل أي مجتمع جغرافي أفرادًا لهم هوية تعتمد على عوامل مختلفة، وفي الواقع لا يمكن لأغلبنا أن نصف بدقة هذا المفهوم من حيث هذه التعريفات الثلاثة المذكورة؛ حيث ينتمي معظمنا إلى مجتمعات مختلفة، ويمكن تصنيف أنفسنا بشكل مختلف حسب المدنية التي نعيش فيها أو المهنة أو العرق أو النوع. فمثلا يمكن لشخص ما أن يكون محاضرًا، أو مختصًّا نفسيًّا، أو قائد منطقة، أو أنثى بيضاء، أو عضوًا في فرقة محلية، أو أختًا، أو ابنة، أو عمة، أو زوجة سابقة، وجميعهم يعيشون في حوض استحمام، ولكن قلوبهم تكمن في جبال سنودونيا؛ ولذا فهم ينتمون إلى أكثر من فئة واحدة، ولديهم روابط متشعبة ومختلفة. وربما كان من الإفراط في التبسيط تعريف المجتمع بأنه "مجموعة من الأفراد يتحدون معًا بخيط مشترك".

ومن الواضح أن تعريف مفهوم المجتمع ومعزاه يختلف طبقًا للمتغير موضع الاهتمام. ففي الواقع، لاحظ "كراوشاو" Crawshaw وزملاؤه (٢٠٠٣) أن المجتمع مفهوم مركب، كما يرى أن له طبيعته وخصائصه – بوصفه مفهومًا نظريًّا واجتماعيًّا – التي تستدعي كثيرًا من المناقشات. كما اقترح "بيرن" Byrne (٢٠٠١ : ٦٩) وجوب الإشارة إلى أهمية المكان والهوية والاهتمامات المشتركة، إضافة

إلــى تــسليط "كونــيل" Connell وزملائه (٢٠٠٨: ١٨٤) الضوء على الطبيعة الإشكالية والغامضة لمصطلح المجتمع.

ولمــزيد من التوضيح، استعرض "كونيل" وزملاؤه (٢٠٠٨) سجلات التراث عــن الــتدخلات المجتمعية المصممة التي تهدف إلى تحسين التحكم في ضغط الدم بــين السكان السود، فلاحظوا أن الكثير من الدراسات شملت في استعراضها تكافؤ المجــتمع بالعرق، وهو ما يمثل مشكلة؛ لأن العرق ربما يكون أو لا يكون العامل الــرئيس الــذي يؤثــر في وجهات النظر والاهتمامات المشتركة. واختتم "كونيل" وزملاؤه (٢٠٠٨) بأن هناك حاجة كبيرة ليس فقط لتعريف مدى الحساسية الثقافية، بــل أيضًا لقياس مدى تأثير الحساسية الثقافية على النواتج الصحية، كما دعوا إلى اكتــشاف الافتراضـــات المؤدية لتجانس المجتمع، مثل الطريقة التي يتم بها تطبيق هــذا المــصطلح، ومـــا لهـــا من انعكاسات على الفعالية المحتملة لتدخلات تعزيز الــصحة. فمــن الضروري عند توظيف منحى المجتمع البحث بعناية عن تعريف مــصطلح المجــتمع؛ لأن توظــيف هذا التعريف الخاص سيؤثر على كيفية تحديد ممثلي المجتمع والتواصل بينهم.

وعلى الرغم من تحديات التعريف، فإنه ينظر لمنحى تطوير المجتمع باعتباره استراتيجية تعريفية مركزية لتعزيز الصحة. ويركز هذا المنحى على تحديد التغيير البدنـــي والاجتماعـــي والبيئـــي الذي سيكون له تأثير في تعزيز الصحة. وبعبارة أخـــرى، فـــإن الهدف هو التأكد من أن الاختيار الصحي ليس فقط متاحًا بل يكون أيضًا خيارًا واقعيًّا.

مـــثل هذا المنحى ينتقل من التركيز فقط على السلوك الفردي، إلى الاتجاه نحو التركيـــز على تأكيد الدور المؤدى من قبل البناء الاجتماعي والبيئي في تحديد الوضع الــصحي(Green and Kreuter, 1999). وللتركيز بشكل أعمق وعلى نطاق أوسع، يتحـــرك هذا المنحى أيضًا بعيدًا عن السيناريو المحتمل لـــ "لوم الضحية" الذي يمكن أن يحـــدث مـــع المناحـــي التي تتسم بالفردية أكثر؛ حيث تفهم المشاركة المجتمعية والــتدخل باعتـــبارهما وسيلة لـــ "تيسير تجميع استجابات المجتمع لتحديد احتياجاته الصحية، وتمكين المجموعات الأضعف وغير المميزة من أن يكون لها صوت فعال في القرارات السياسية التي تؤثر على حياتهم وصحتهم"(Farrant, 1991:423).

وإذا كانـــت المناحي المجتمعية فعالة، فإن هناك عددًا من العقبات التي تحتاج إلى التغلب عليها. فقد صمم نموذج من ست خطوات يهدف إلى تمثيل العقبات التي تطورت(Yoo et al., 2004) والتي نفذت حديثاً(Yoo et al., 2009):

١- **الدخـــول Entrée:** ويسلط الضوء على صعوبة الوصول إلى المجتمع موضع الاهتمام. فربما يتعامل مع مروجي الصحة باعتبارهم دخلاء؛ مما يسبب عدم ارتـــياح نـــاتج من خوف المجتمع من التعرض للعمليات والاستراتيجيات وما يتـــرتب عليها، أكثر من التطوير الذي يحدث في المجتمع ذاته. ويمكن التغلب علـــى مـــثل هـــذا الحذر من خلال تطوير وسائل الاتصال والشفافية في بناء العلاقات.

٢- **تحديد الموضوعات Issue Identification ذات الاهتمام:** فعملية تحديد الموضوعات ذات الـــصلة والأهمـــية للمجـــتمع المعني بالدراسة تُعد سهلة عندما يتم تحديد القادة؛ وبالتالي يشجع هؤلاء القادة على المشاركة في تمارين العصف الذهني.

٣- **تحديـــد الأولوية Prioritization:** وهي العملية التي ترتب أهمية الموضوعات التـــي تـــم تحديدها بناءً على الاتفاق عليها. ويقوم بهذا الأمر المجتمع، وليس أفراد تعزيز الصحة، حيث يجب تحديد جماعة الاتفاق قبل تحديد مدى أولوية الموضوع.

٤- **اســـتراتيجية التنمـــية Strategy Development:** وتأتـــي بعد مواصلة مناقشة القـــضايا ذات الأولـــوية الأهـــم؛ لتحديد كيفية تأثير الموضوع على المجتمع، وبالتالـــي تحديد الاستراتيجيات التي يمكن تنفيذها لمعالجة الآثار المترتبة على هذا الموضوع.

٥- **التنفـــيذ Implementation:** يـــنطوي على إدراك وضع فئات المجتمع لتنفيذ تطبيق الاستراتيجيات التي تم تحديدها من خلال الخطوات الأربع السابقة.

٦- **الانتقالـــية Transition:** هي العملية التي يقوم بواسطتها أفراد تعزيز الصحة بالتصرف كميسرين خلال التعاون، والانسحاب الرسمي من المشاركة وتسليم المسئولية إلى قادة المجتمع.

وعلـــى الرغم من مشكلات تعريف "المجتمع" والتنفيذ الفعلي لمناحي المجتمع، فـــإن كـــلا مـــن الباحثين ومعززي الصحة يستمرون في تنفيذ الحملات المجتمعية لتعزيـــز الـــصحة. فعلـــى سبيل المثال، ذكر "بلاير" Blair وزملاؤه (٢٠٠٦) في المجتمع المعتمد على حملة تعزيز صحة الفم التي تركز على صحة أسنان الأطفال الجلاســـكويي Glaswegian ذوي الـــسنوات الخمـــس، أنـــه تم التركيز على هذا المجتمع؛ لأن التقارير وجدت أن هؤلاء الأطفال هم الأفقر صحيًا من حيث أسنانهم في الأراضي الأسكتلندية. وأظهروا ذلك – على وجه الخصوص – عندما توجهت

الحملـــة نحو هؤلاء الأطفال ذوي السنوات الخمس الذين يعيشون في ظروف أكثر حرمانًا، وقد لوحظت تغيرات جوهرية في النواتج الصحية.

الملخص:

هناك ثلاثة مناحٍ رئيسة لتعزيز الصحة، وكلها تأخذ في اعتبارها الهدف نفسه، وهو الانتقال من السلوك ذي التأثير الصحي السلبي إلى هذا السلوك الذي من شأنه حماية الصحة أو تحسينها. ومع ذلك، فلكل منحى تركيز مختلف وفكرة مختلفة عن الطـــريقة المثلـــى لتحقـــيق هـــذا الهدف؛ حيث يركز المنحى السلوكي على تغيير المعـــتقدات، أما منحى التمكين الذاتي فيركز على تحسين مشاعر الأفراد للتحكم في البيـــئات الاجتماعـــية والداخلية، وأخيرًا يركز منحى المجتمع على العمل الجماعي لتغيير البيئات الاجتماعية والبدنية.

ونركز في القسم الآتي على عامل رئيس في الاتصال، والذي من خلاله ترسم المناحي الثلاثة رسائلها، وهو وسائل الإعلام.

*** وسائل الإعلام :**

تمـــثل وســـائل الإعلام وسائط قوية من الاتصالات التي يمكن أن تصل إلى أعـــداد كبيـــرة مـــن الجماهيـــر. وتُعـــرف وسائل الإعلام من خلال "كوركوران Corcoran (٢٠٠٧: ٧٤) بأنهـــا "أي نـــوع مـــن أنواع البث، سواء أكانت وسيلة اتصال مطبوعة أم إليكترونية، والتي يتم إرسالها إلى السكان عمومًا".

ويـــشمل هـــذا التعريف وسائل الإعلام السمعية والبصرية (مثل التليفزيون)، ووســـائل الإعـــلام المعتمدة على الطباعة (مثل الصحف، والمنشورات، واللوحات الإعلانـــية)، ووسائل الإعلام الإلكترونية (مثل الإنترنت، والهواتف النقالة). ويذكر أكثـــر مـــن ٨٠٪ مـــن الجمهـــور أن وســـائل الإعلام من أهم المصادر الرئيسة لمعلوماتهم الصحية، وأنهم يستخدمونها في تعزيز الصحة منذ تاريخ طويل. ويرجع تاريخ استخدام وسائل الإعلام في تعزيز الصحة إلى عام ١٦٠٤، حيث قدم جيمس الأول James I ملك إنجلترا إعلانًا عامًّا حول:

"أن التدخـــين عـــادة ضـــارة بالعين ومكروهة للأنف، وضارة بالمخ، وتشكل خطـــرًا على الرئتين، ويشبه سوء رائحة دخانها الأسود الدخان الكثيف الخارج من حفرة عميقة جداً"(Jones, 1985: 1763)

هـــذا الإعلان الملكي العام في سنة ١٦٠٤ يعادل البريد الإليكتروني الحديث؛ لأنـــه يقـــرؤه الجمهـــور، ويُـــوجه لأضعاف مضاعفة لتنشر الرسالة بشكل متسع

وعـريض. ومـن ثـم تُعد وسائل الإعلام - من قبل والآن - وسيلة فعالة للغاية للانتقال السريع لأكبر عدد من الجمهور(Tones and Green, 2004).

وقـد صنف "كوركوران" (٢٠٠٧) وسائل الإعلام إلى أربع فئات رئيسة هي: التليفزيون، والإذاعة، ووسائل الإعلام المطبوعة، ووسائل الإعلام الإليكترونية:

- **التليفـزيون:** تم تعريف التليفزيون باعتباره مصدرًا رئيسًا من مصادر وسائل الإعلام لتقديم المعلومات عن الموضوعات الصحية(Risi et al., 2004). فهو يـستخدم لإرسال المعلومات الصحية - مثل معلومات الإقلاع عن التدخين - وذلـك مـن خلال الحملات الصحية، وكذلك من خلال القصص الصحية في المسلسلات الشعبية. ومن ثم يمكن تعديل السلوك الصحي بطريقة إيجابية على أمل أن يتعلم المشاهدون السلوكيات الصحية المناسبة.
- **الإذاعة:** تستخدم الإذاعة أيضًا لتعزيز الصحة من خلال الإعلانات، والرسائل التـربوية، وإعلانـات الخدمـة العامة، فضلاً عن دمج الرسائل الصحية في المسلـسل الإذاعي الشعبي. وذلك مثل تقديم إذاعة بي بي سي مسلسل "The Archers"، الـذي بـدأ منذ عام ١٩٥٠، وأنتج بالتعاون مع وزارة الزراعة، وكان من المأمول أن يستمع المزارعون للقصص التي تقدم رسائل من شأنها أن تساعدهم على كيفية تناول الغذاء طبقًا لنظام التوقيت الغذائي، فلقد كان هذا المسلـسل حتـى تـوقفه عام ١٩٧٢ أحد المصادر الرسمية للتعليم، ولا تزال الإذاعـة تغطي موضوعات ذات أهمية صحية، وقد شملت في الآونة الأخيرة موضوعات عن فقدان الشهية والأورام السرطانية.
- **وسائل الإعلام المطبوعة:** والشكل الأكثر شيوعًا في وسائل الإعلام المطبوعة هو النشرات، فقد أظهرت النتائج قدرة هذه الوسائل على رفع الوعي الصحي، ولكـن هناك أدلة منخفضة الثقة في دعم فكرة قدرة النشرات المطبوعة على تغييـر الـسلوك. وتتمثل أكثر المناهج التي تستخدم وسائل الإعلام المطبوعة لتوصيل رسائل صحية في علب السجائر. حيث أشار "هُيجارتي" O'Hegarty وآخـرون (٢٠٠٦) إلى أن إدراج مثل هذه المعلومات يعزز من الإقلاع عن التدخـين، واقتـرحوا أيضًا إدراج رسومات تحذيرية؛ لتكون أكثر فعالية من الاعتماد على النص وحده.
- **وسـائل الإعلام الإليكترونية:** استخدام وسائل الإعلام الإليكترونية في تعزيز الـصحة مـن الأمـور الجاذبـة؛ ولذلك يتزايد استخدامها في مجال الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، أشار "كوركوران" (٢٠٠٧) إلى أنه يجب تشجيع

السكان على استخدام التكنولوجيا الحديثة بوصفها وسيلة للحصول على المعلومات الصحية؛ حيث يمكن اطلاع أي فرد يستخدم جهاز الحاسب الآلي على الكم الهائل من المعلومات المتاحة على شبكة الانترنت، ويُسمى هذا المنهج بالصحة الإليكترونية e-health.

والميزة الرئيسة لاستخدام تكنولوجيا المعلومات هي جعل دور مستخدم تكنولوجيا المعلومات نشطًا وإيجابيًّا في طلب المعلومات، بدلاً من كونه متلقيًا سلبيًّا للمعلومات الصحية. فزيادة نمو شبكة الإنترنت يصاحبها زيادة طلب السلوكيات الصحية، فالمرضى الذين يبحثون عن المعلومات التي تساعدهم على إدارة أوضاعهم، أو – في بعض الحالات – طلب المعلومات التي تساعدهم على تشخيص أعراضهم. فشبكة الإنترنت لا توفر فقط المعلومات، لكنها أيضًا مصدر يمكن أن يستخدمه الذين يطلبون مساعدة الإنترنت، حيث يكافحون للتوصل لفهم حالتهم الصحية الخاصة. فقد أصبح من الشائع – على سبيل المثال – لدى المرضى استخدام الرسائل عبر الإنترنت (بدلاً من الانضمام وجهًا لوجه في مجموعات مساندة)، واتخاذها وسيلة لإجراء اتصال مع أشخاص آخرين متماثلين معهم في الظروف الصحية، وبذلك يمكن للمرضى من خلال هذه الوسيلة التحدث بحرية دون قيد زمني حول الموضوعات المرتبطة بظروفهم المرضية. ففي حين أن المجموعات التي توفر المساندة وجهًا لوجه تقدم فرصة للأعضاء على مساعدتهم في زيادة التوافق والمواجهة(Yaskowich and Stam, 2003)، تمدنا الرسائل عبر الإنترنت بفرص متماثلة (Adams et al., 2005; Bargh et al., 2002; Harvey-Berino et al., 2002; Loader et al., 2002; Rodham et al., 2009; Woodruff et al., 2001)، وتفتح أيضًا إمكانية مناقشة موضوعات محرمة واستخدام أشكال للتعبير الذاتي غالبًا ما تكون غير متاحة في الحياة اليومية من قِبَل المستخدمين(Adams et al., 2005; Bargh et al., 2002).

وعلى هذا النحو، تُعد شبكة الانترنت مصدرًا مفيدًا؛ حيث يمكن استخدامها في نقل المعلومات الصحية. ولكن هناك حاجة إلى توخي الحذر، فعلى الرغم من اعتبار شبكة الإنترنت مصدرًا مفيدًا؛ لأنها تتسم بسهولة التصفح، فإن هذه السهولة تُعد أيضاً مشكلة؛ لأنه يمكن لأي شخص وضع معلومات على شبكة الإنترنت، وأحيانًا يكون من الصعب توثيق هذه المعلومات التي تم نشرها وتحديد مدى دقتها، فهناك مجال واسع للتضليل.

والواقــع، أن شبكة الإنترنت شكل جديد نسبيًا للتواصل الصحي، تُفيد كلاً من خبــراء الرعاية الصحية والأفراد البسطاء(Winefield, 2006). فهي تُعد مصدرًا قــويًا؛ حــيث تسد احتياجات المرضي للمعلومات الصحية فضلاً عن احتياجهم إلى المــساندة(Berland et al., 2001). كمـــا أن المعلومات على الإنترنت تشجع على الــتوافق مع أساليب الحياة والسلوكيات الصحية، وتكشف المشكلات الطبية مبكرًا، وتوفر المعلومات عن العلاجات الفعالة، وكذلك قد تكون وسيلة أيضًا لتغيير كل من المعــتقدات غير الصحية والعلاجات المضرة والأفكار الطبية الخاطئة (Mittman and Cain, 1999).

- **فرص وسائل الإعلام المخططة وغير المدفوعة:**

معظــم الحمــلات التي تستخدم وسائل الإعلام تكون مخططة بعناية ومحددة الميــزانية مــن خلال فريق تعزيز الصحة، حيث تصمم مثل هذه الحملات وتطور وتهــدف إلــى تحقيق أهداف محددة. ومن أمثلة هذه الحملات الحملة القومية لعدم التدخــين اليومــي National No Smoking Day أو حملــة اليوم العالمي للإيدز World AIDS Day، فكلاهما يهدف إلى رفع مستوى الوعي بالسلوكيات الصحية الوقائــية وتثقــيف الجمهــور بالآثــار المترتبة على الانخراط في السلوك المضر بالصحة.

وفي المقابل، أحيانًا ما يسلط الضوء على موضوع إخباري عن مشكلة صحية بالــصدفة، وعــندما يحــدث ذلك، يجدها العاملون بتعزيز الصحة فرصة إيجابية ويستخدمون الأخبار القصصية وسيلة لنشر رسالة تعزيز الصحة. فمثل هذه الدعاية غيــر المدفوعة تتميز بأنها منخفضة التكلفة ومرتفعة المصداقية؛ لأن الرسائل تبدو مرســلة بــشكل مباشـــر من منظمات تعزيز الصحة. ومع ذلك يكون من الصعب المحافظة على مستوى عال من التغطية لأكثر من بضعة أيام؛ لأن وسائل الإعلام ليــست مــسئوليتها تعزيــز الــصحة فقــط؛ ولذلك تميل نحو الانتقال السريع إلى موضوعات أخرى.

وقــد يكون سبب القيام بنشر رسالة معززة للصحة باستخدام وسائل الإعلام راجعًــا إلى أن الموضوع يستحق النشر لأنه يتصل بالمشاهير. فعلى سبيل المثال لاحــظ "وللاك" Wallack وزملاؤه (١٩٩٣) أن التغطية الإعلامية لمرض الإيدز فــي أمريكا كانت منتشرة نسبيًا حتى تم تشخيص أحد مشاهير وسائل الإعلام (مثل لاعــب كــرة السلة الساحر "جونسون" Johnson) بفيروس نقص المناعة البشرية،

وعند هذه النقطة ارتفعت التغطية الإعلامية. وقد تعزز وسائل الإعلام أيضًا رسالة صـــحية عندما يكون الموضوع ذا اهتمام بسبب قصة غير معتادة. ففي عام ٢٠٠٦ مثلا أفاد موقع إذاعة بي بي سي بقصة اثنين من كبار المسئولين من وزارة الصحة اليابانـــية وضعا لأنفسهما نظامًا غذائيًّا عامًّا بوصفه وسيلة لوصول رسالة الوزارة إلى زائدي الوزن. وتعهد المسئولان خلال هذا اللقاء بخفض الوزن بما لا يقل عن ٥ كـــيلو جـــرام، وعرضا صور قمصانهما ومقاساتها، واتفقا على رسم الخريطة البيانـــية للـــتقدم علـــى موقع الوزارة على مدى الأشهر الستة التالية، كما عرضا بالتفصيل التمرينات الرياضية التي كانا يمارسانها يوميًّا. وتهدف الوزارة بذلك إلى تسليط الضوء على المخاطر المترتبة على سوء التغذية، فالسمنة تزداد في اليابان، ويخـــشى المـــسئولون مـــن ارتفـــاع معدلات الأمراض المرتبطة بها مثل مرض الـــسكري. وبذلك أعطت هذه القصة للعاملين بتعزيز الصحة فرصة لتسليط الضوء على ملف "مشكلة السمنة" في المملكة المتحدة.

وأخيـــراً، فإن وسائل الإعلام تنشر القصص التي تبرز موضوعات درامية أو مأســـاوية. ومن أمثلة قصص هذا القبيل في المملكة المتحدة أن "ليه بيتس" Leah Betts، التـــي تـــناولت المخدرات وتوفيت في حفل عيد ميلادها الثامن عشر، قدم والـــداها صـــورًا عن حياتها في وسائل الإعلام البريطانية؛ من أجل تسليط الضوء علـــى مخاطر استخدام المخدرات بين المراهقين. وقد توفيت "ليه بيتس" بعد أربعة أيـــام من إصابتها، وقُدمت في وقت لاحق حملة شعارها "مجرد قرص مخدر واحد فقـــط تناولته ليه بيتس". بالإضافة إلى ذلك، شاهد أكثر من نصف مليون تلميذ في المـــدارس البـــريطانية فيلمًا قصيرًا بعنوان "المُصنَّف" Sorted في أعقاب وفاة "ليه بيتس"؛ وذلك لزيادة الوعي بالآثار المحتملة لتعاطي المخدرات.

وهـــناك مشكلة واحدة لتغطية وسائل الإعلام غير المخططة، وهي أن العاملين بتعزيـــز الـــصحة لا يؤثرون على تصورهم للرسالة. وربما يسبب هذا مشكلة بنشر معلومات غير صحيحة قد تؤدي إلى عواقب سلبية خطيرة من حيث النتائج الصحية. ففـــي عـــام ١٩٩٥ على سبيل المثال، أصدرت السلطة التنظيمية في المملكة المتحدة تحذيـــرًا بشأن زيادة خطر جلطات الدم في أوردة السيدات اللاتي يتناولن نوعًا معيناً مـــن وســـائل منع الحمل عن طريق الفم (حبوب منع الحمل). وقد تم تضخيم وسائل الإعـــلام لهـــذا الموضـــوع للتخويف من تناول حبوب منع الحمل، وذلك قبل النشر الرســـمي للأبحاث العلمية ذات الصلة بالموضوع، وانتُقِدت الطريقة التي تم بها تقديم هـــذه المعلـــومات، وكـــذلك الطـــريقة التـــي اســـتخدمتها وسائل الإعلام لتقديم هذه

المعلـــومات؛ وذلـــك للتخوف الشديد من فقدان الثقة في حبوب منع الحمل عن طريق الفـــم بـــشكل عام. حيث أدى ذلك إلى توقف الكثير من النساء عن تناول حبوب منع الحمل، وبالتالي ارتفاع معدلات الإجهاض(Szarewski and Mansour, 1999).

مزايا وسائل الإعلام وعيوبها:

بعـــد أن ســـلط الضوء على أشكال مناحي تعزيز الصحة التي توظف وسائل الإعلام، نركز الآن على مناقشة المؤلفات الخاصة بشأن ما يمكن تحقيقه من خلال حملات تعزيز الصحة التي تستخدم وسائل الإعلام. فهناك إجماع على أن مثل هذه المناحي تحقق تغطية واسعة نسبيًا بتكلفة أقل(Randolf and Viswanath, 2004)، كما أنه يمكن استخدامها محليًا وإقليميًا ودوليًا؛ ولذلك فهي وسيلة قوية للوصول إلى عـــدد كبير من الأفراد في وقت واحد. وقد أشار "آتكن" Atkin (٢٠٠١) مثلا إلى أن الحمـــلات التـــي توظف وسائل الإعلام هي الأكثر تأثيرًا في السلوك، وذلك إذا كـــان تركيـــزها ينـــصب علـــى الـــسلوكيات التـــي تقبل التغيير بالفعل. كما رأى "كوركـــوران" (٢٠٠٧) أن هـــذا ربما يشمل الحفاظ على السلوك الذي ينفذ بالفعل، مـــثل استخدام كريم واقٍ من الشمس للحماية من الحرق والإصابة بسرطان الجلد، إضـــافة إلى التركيز على اتخاذ بعض الإجراءات من قبل المدخن الذي بدأ الإقلاع عن التدخين، مقارنة بالمدخن الذي ليس لديه نية للإقلاع عن التدخين.

ويمكن كذلك لوسائل الإعلام نقل معلومات بسيطة ورسائل منفردة مثل "وضع الأطفـــال الرضـــع عند النوم على ظهورهم"(Naidoo and Wills, 2003: 254). فمـــثل هـــذه الرســـائل البسيطة يعتقد بأنها تغير السلوك إذا كانت عوامل التمكين enabling factors موجودة بالفعل. وبالمثل قد تغير رسالة تشجيع ممارسة النشاط البدنـــي خمـــس مـــرات أسبوعيًا من سلوك شخص لديه بالفعل اشتراك في صالة ممارســـة الرياضة (جيم)، ويمارسها ثلاث مرات في الأسبوع. فسلوكهم يمكن أن يتأثر لسببين:

١- تأســـيس العادة – ممارسة الرياضة بشكل منتظم – وتشير إلى احتمال تمسك الفرد بالمعتقدات الإيجابية نحو الرسالة المعززة للصحة.
٢- نظـــراً لأن الفرد لديه بالفعل الاشتراك، فلن تكون هناك أية آثار مالية إضافية عليه من خلال زيادة عدد الجلسات التي يشارك فيها.

وتـــزيد الحمـــلات الإعلامية أيضًا من المعرفة من خلال تقديم رسائل تعليمية صـــحية بـــسيطة، مع ملاحظة أن زيادة المعرفة لا تؤدي تلقائيًا إلى تغيير السلوك المقابـــل. وبالتالي، فتقديم المعلومات، يُمكِّن وسائل الإعلام من أن تكون ممرًا لرفع

الوعـــي بالموضـــوعات الصحية لدى عامة الأفراد. فاستخدام وسائل الإعلام الآن باعتبارها وسيلة لتوفير المعلومات تسلط الضوء على معدل انخفاض الخصوبة لدى المرأة بعد سن ٣٠ سنة. فمثل هذه المعلومات المقدمة تشير إلى أن هناك كثيرًا من النـــساء يـــتخذن قرار بدء الأسرة في مرحلة متأخرة من حياتهن، ومن ثم تكتشف لـــديهن مـــشكلات فـــي الخصوبة. وتبدأ الكثير منهن بعد ذلك في عملية استنزاف عاطفـــي وجـــسدي (بالإضـــافة إلى المالي) لعلاج مشكلة الخصوبة، والتي يكون احـــتمال نجاحها ضئيلا. والغرض من هذا التعليم وزيادة الوعي هو تشجيع النساء على النظر في مسألة الخصوبة مبكرًا، قبل بلوغ سن اليأس.

وهكذا، فقد استخدمت وسائل الإعلام على نطاق واسع بوصفها أدوات لتعزيز الـــصحة(Noar, 2006)، وتـــبدو نتيجـــتها في تغيير السلوك، حيث يتقبل الشخص المـــستهدف رسالة تعزيز الصحة، في ظل توفر عوامل التمكين. هذه التوضيحات السابقة تكشف قصور وسائل الإعلام باعتبارها أدوات للتأثير في تغيير السلوك.

وثمـــة مسألة رئيسة خاصة بتأثير العوامل التي قد تكون خارجة عن سيطرة الفـــرد، حـــيث تقيد العوامل الاجتماعية والبيئية والسياسية القدرة على تنفيذ السلوك الـــصحي المعـــزز، فوجود مثل هذه المعوقات يُحد من نجاح حملة تعزيز الصحة بدرجـــة مـــا. وأخيـــراً، لا يمكـــن لوسائل الإعلام أن تنقل المعلومات أو الرسائل المعقـــدة، وبالتالي لا يمكن استخدامها لتعليم المهارات التي قد تسهل تغيير السلوك؛ ولـــذلك، فإنه في حين أن حملات وسائل الإعلام تصل إلى جمهور واسع بلا شك، فإنـــه مـــن المـــستحيل أن تقدم رسالة مفصلة ملائمة لمستويات المعرفة أو لتنوع معـــتقدات الصحة لدى الأفراد. كما أنه من المستحيل تقديم المساندة لكل فرد على حدة لضمان تغيير السلوك؛ ولذا لاحظ "كوركوران" (٢٠٠٧) أن الحملات بدأت في الآونـــة الأخيرة تتخذ أرقامًا لخطوط المساعدة ومواقع على شبكة الإنترنت؛ للعمل على زيادة مستوى المساندة المتاحة.

- الوسائط المتعددة: مواجهة قيود وسائل الإعلام:

من الواضح أن الحملات التي تستخدم وسائل الإعلام تستطيع تحقيق عدد من الأهـــداف. ويجـــب علـــى القائم بحملة تعزيز الصحة الحكيم أن يكون على وعي بالقـــيود المفروضة علىٍ وسائل الإعلام. وللتغلب على هذه القيود، يقترح الباحثون والممارســـون بأنه بدلاً من الاعتماد على أسلوب واحد، فإنه ينبغي استخدام مزيج من الأساليب، وبهذه الطريقة يمكن لوسائل الإعلام أن تؤدي دورًا رئيسًا في تعزيز

الصحة. ويعرف هذا المنهج المتكامل باسم "الوسائط المتعددة" Multimedia. فعلى سبيل المثال، أشار "كوركوران" (٢٠٠٧) إلى أن جمهور الطلاب يفضل استخدام النشرات، ورسائل البريد الإلكتروني، والتشجيع، والأكشاك داخل الحرم الجامعي؛ لما لها من احتمال أن تكون أكثر فعالية من الاعتماد ببساطة على أسلوب واحد مثل الملصقات.

- التشريعات :

يكون للتشريعات تأثير قوي ومباشر على السلوكيات الصحية؛ ولذلك لاحظ "بيننيت" و"ميرفي" (١٩٩٧) أن التشريع هو وسيلة فعالة تؤثر في البيئة والسياق اللذين تُنفذ فيهما السلوكيات الصحية. وتميل المناهج التشريعية إلى التركيز على التدابير التي تعمل على خلق حواجز تقلل من السلوكيات غير الصحية. وتشمل هذه التدابير توافر القيود والضرائب وتحجيم الدعاية والإعلان:

*** توافر القيود Restricting availability:**

تحاول الحكومة الحد من المخاطر الصحية خلال وضع التشريعات. ففي سنة ٢٠٠٧ على سبيل المثال، وضعت قوانين تحظر التدخين في الأماكن العامة، وكذلك أصبح من غير القانوني بيع منتجات التبغ لأي فرد أقل من سن ١٨ (كان سابقاً ١٦سنة في إنجلترا) (Abraham et al., 2008)، وأعقب ذلك في سنة ٢٠٠٩ زيادة العقوبات على بيع التبغ للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عامًا.

*** الضرائب Taxation:**

يؤثر ارتفاع سعر شيء ما على مستوى الاستهلاك، فالضرائب في علاقتها بتعزيز الصحة تميل للتركيز على موضوعات التدخين والكحول. فقد أشار "جيفري" Jeffery وزملاؤه (١٩٩٠) إلى أن استجابة الجمهور لمثل هذه التغييرات تميل إلى أن تكون محفزة له للاستهلاك عندما يتم التركيز على المنتجات الضارة المقبولة على نطاق واسع مثل الكحول والسجائر، ولكنه خيار أقل شعبية بكثير عندما يوجه نحو أطعمة غير صحية.

*** تحجيم الإعلان Restricting advertising:**

عندما يتم الإعلان عن المنتج في نطاق واسع، فإن هذه العملية ترفع من مستوى الوعي بالمنتج المقصود، ويمكن فعل ذلك لتأسيس المعايير الاجتماعية، والتي يمكن أن تفسر بوصفها مصدرًا للموافقة الاجتماعية، والتي بدورها يمكن أن تعزز السلوكيات غير الصحية (Bennett and Murphy, 1997)؛ ولذلك قد يكون

لتحجيم الإعلان تأثير على الاستهلاك. فعلى سبيل المثال، لاحظ "بينيت" و"مورفي" (١٩٩٧: ٨٩) أن تحجـيم الإعـلان عن التدخين يُسهم في انخفاضات ملحوظة في الاستهلاك. وبالمثل، ذكر "سميث" Smith و"فوكسكروفت" Foxcroft (٢٠٠٩) أن هناك علاقة بين رؤية إعلانات الكحول واستهلاكه اللاحق.

الملخص:

تعزيـز الـصحة هو عملية التأثير الإيجابي على السلوكيات الصحية للأفراد والجماعـات والمجـتمعات والسكان. ولمزيد من توضيح هذه النقاط، أود أن ألفت النظر إلى أعمال "نايدو" و"ويلز" (٢٠٠٣ : ٨٤)، حيث ذكرا ما يأتي:

"مـن الـسهل للممارسـين حصر دورهم لتعزيز الصحة في تقديم المعلومات والنـصائح حـول كيفـية جعـل أسلوب الحياة أكثر صحة. لكن لإجراء مثل هذه التغييـرات لـدى الأفـراد يجب تحديد العوامل والمواقف التي أدت بهم إلى تبني سـلوكيات غيـر صحية؛ فقد يدخن الأفراد بسبب المشقة، مع معرفتهم بأنه ضار بـصحتهم. وقـد يتـناول بعـضهم عقاقيـر غير مشروعة؛ لأنه وجد أن أقرانه يـستخدمونها علـى نطـاق واسـع، وقد يشكل ذلك جزءًا من حياتهم الاجتماعية. وبالمثل، من السهل لبعض الأفراد اتخاذ الاختيارات الصحية مقارنة بغيرهم، حيث يكون من السهل تناول وجبات مكونة من الفواكه والخضروات الطازجة لدى ذوي الدخول المعقولة ممن يسهل عليهم الوصول إلى السوبر ماركت أو شارع التسوق. فهـناك بعض العوامل التي تؤثر في صحة الأفراد خارجة عن السيطرة مثل: عدم ملاءمة السكن، والطرق المزدحمة، ونقص رعاية الطفل".

وخـتامًا، فقد وصف هذا الفصل مجال تعزيز الصحة على وجه الخصوص، كمـا تـم تحديد الخطوط العريضة للمناهج المختلفة لتعزيز الصحة وتنفيذها وتقديم أمـثلة علـى كـل منهج. وبالإضافة إلى ذلك، تم فحص طريقة رئيسة لنقل رسالة تعزيز الصحة. ويكشف الفصل الآتي عن كيفية تقييم مناهج تعزيز الصحة.

لمزيد من القراءة:

Corcoran, N. (ed.) (2007). Communicating Health: Strategies for Health Promotion, Sage: London.

مصطلحات البحث الافتتاحية

تعزيز الصحة، السلوك الصحي، تغيير السلوك.

٥

الفصل الخامس
تخطيط تعزيز الصحة وتقييمه
Planning and Evaluating Health Promotion

الفصل الخامس
تخطيط تعزيز الصحة وتقييمه
Planning and Evaluating Health Promotion

المقدمة :

بعـــد اكتـــشاف الأســـس النظرية وتنفيذ حملات التوعية الصحية في الفصل الـــرابع، نوجه اهتمامنا الآن نحو تخطيط حملات التوعية الصحية وتقييمها. فعملية تـــصميم حملـــة تعزيـــز الـــصحة هـــي الأمر الذي يتطلب رعاية وفكرًا واهتمامًا بالتفاصيل. ومن الأهمية القصوى خلال عملية التخطيط برمتها الحفاظ على مسألة التقييم من حيث كونها مقدمة كل الاعتبارات.

وسندرس في هذا الفصل:

- ما التقييم؟ ولماذا يعد ضروريًّا؟
- العوامل المؤثرة في نجاح حملات تعزيز الصحة.
- عملية التخطيط لحملات تعزيز الصحة.
- كـــيف يمكنـــنا معـــرفة ما إذا كانت حملة تعزيز الصحة قد حققت التأثير المرغوب؟

*** ما التقييم؟ ولماذا يعد ضروريًّا ؟**

يُعـــرف التقييم بأنه "العملية التي نحكم من خلالها على قيمة شيء ما أو وزنه" (Ryechetnik et al., 2002). وقد أشار كل من "نايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣) أن أبسط مستوى للتقييم هو "عملية قياس وتقدير لقيمة أنشطة متعهد الصحة". وفي الواقع أن ممارســـات تقيـــيم حملات التوعية الصحية ليست واضحة تماماً؛ وذلك لأنها عملية معقدة تشمل الاعتماد على القياس الدقيق والنقد الذاتي للحملة موضع الاهتمام؛ مما يـــؤدي إلـــى إصدار حكم خاص بتأثير الحملة والتطوير المقترح لأدائها المستقبلي (World Health Organization, 1981). وهكذا يتم استخدام التقييم لإظهار مدى الفعالـــية الإيجابـــية لحملـــة تعزيـــز الـــصحة على النواتج الصحية لدى الجمهور المـــستهدف؛ ولهـــذا ببساطة، اقترح "بيبردي" Peberdy (١٩٩٧: ٢٦٩) أن يتكون التقييم من عنصرين:

١- تحديد المعايير وتصنيفها.
٢- جمع المعلومات المطلوبة لقياس مدى استيفاء هذه المعايير.

يُعـد تقييم حملات تعزيز الصحة من الأمور المهمة، فعلى الأقل يساعد تقييم هذه الحملات من حيث تحقيقها لأهدافها أم لا على تطوير الحملات المستقبلية، فإذا لـم نـتمكن من تحديد ما إذا كانت الحملة ناجحة أم لا؛ فسنكون غير قادرين على تكرار النجاح الذي حققته، أو تجنب المعوقات في أنشطة تعزيز الصحة المستقبلية. وعـلاوة علـى ذلـك، فإن عملية التقييم تمكن القائمين بتعزيز الصحة من إخبار زملائهـم عـن فعالية الاستراتيجيات المختلفة. وبمشاركة تقييم النواتج، يمكن بناء قاعـدة معلـومات تمكن القائمين بتعزيز الصحة من اتخاذ قرارات مستنيرة حول طبـيعة الاسـتراتيجيات أو الأساليب التي يستطاع توظيفها في حملاتهم الخاصة، بالإضـافة إلى فائدته في تعلم الدروس التي من شأنها أن تحسن الممارسة العملية، حـيث من المحتمل أن تشجع القيود المالية التقييم أو حتى طلبه، كما أنه من المهم أيـضًا تحديـد ما إذا كانت النتائج المرغوبة من حملة تعزيز الصحة قد تحققت في أقسى الأحوال الاقتصادية. ومن ثم، فالسؤال الخاص بـ "هل تكاليف الحملة مبررة مقارنـة بنواتجها؟" يصبح تساؤلاً سطحيًا، لأنه في الواقع تمثل عملية تقدير التكلفة النقدية بناءً على نتائج الحملات أمرًا في غاية الصعوبة.

فمثلا في المجال الطبي، يتكون تقييم التدخلات عادة من التجارب العشوائية المحكمـة(Randomized Controlled Trials (RCTs، التـي تستخدم للمقارنة الدقـيقة بـين الأنماط المتعددة للتدخل لتحديد أكثرها فعالية لأغلب الأفراد. ومع ذلـك، أشـار "نايـدو" و"ويللـز" (٢٠٠٣) إلى أنه على الرغم من أن التجارب العشوائية المحكمة تمثل أداة تقييم ذهبية، فإنها ليست ملائمة للاستخدام في مجال تعزيـز الـصحة، ويرجع هذا إلى صعوبة عزل التأثير الفعلي للتدخل؛ فغالبًا ما تكـون حالـة تغييـر السلوك (هدف حملات تعزيز الصحة) ذاتية، وربما ترتبط بعـوامل كثيرة خارج حملة تعزيز الصحة. وقد ركز كل من "ويتلو" Whitelaw و"واطـسون" Watson (٢٠٠٥) علـى هذه المشكلة في ورقتهما البحثية، حيث استعرضـا تقارير الدليل الأساس لتعزيز الأحداث الصحية The evidence base for health promotion events. الـذي أوضـح أن تعزيـز الصحة في الوقت الراهن له تأثير ضعيف وغير متسق، كما وضعا بعض النقاط المهمة التي سنقوم بعرضها خلال هذا الفصل.

*** ما العوامل المؤثرة في نجاح حملات تعزيز الصحة ؟**

في هذا الفصل سنركز على بعض العوامل التي ثبت أن لها تأثيرًا على نجاح حملات تعزيز الصحة. فالقدرة على توصيل الرسالة الأساسية لحملة تعزيز الصحة يُعد ذا أهمية قصوى. فخصال الفرد وخصائص شكل توصيل الرسالة، فضلاً عن طريقة تقديم الرسالة قد تؤثر على فعالية عملية الاتصال.

- خصال المصدر Source Characteristics:

أظهرت الأبحاث المستمرة أن خصال مقدمي المعلومات يمكن أن تؤثر على فعاليتها، وتتضمن هذه الخصائص المصداقية، والجاذبية المدركة، والقوة المدركة والمتشابهة مع الجمهور المستهدف. وقد أوضح "بينيت" و"مورفي" (١٩٩٧: ١٠١) أن المصادر التي تكون متجانسة ومفضلة لمتلقي رسالة تعزيز الصحة من المرجح أن تتميز بكونها أكثر جاذبية واستيعابًا وقبولاً، مقارنة بالمصادر المتباينة أو غير المفضلة، مما أوصلهما إلى استنتاج أننا قد نكون أكثر عرضة لتغيير اتجاهاتنا أو سلوكياتنا غير الصحية، إذا طلب منا القيام بذلك من قِبَل أفراد نعتبرهم أكثر جاذبية ومصداقية. وقد كان هذا في الواقع هو سبب تشجيع حملات التوعية الصحية للمشاهير شعبيًّا لتأييد الرسالة التي يروجون لها. ويعتقد أن رموز المجتمع يزيدون من إدراك المهارة والثقة في الحملة. فعلى سبيل المثال، كشف "هوفنير" Hoffner و"يي" Ye (٢٠٠٩) استجابات الراشدين صغار السن نحو تقارير عن استخدام واقٍ ضد الشمس والأورام السرطانية، وأفادا أن التشابه المدرك للفرد المقدم للمعلومات الصحية مع المراهقين يمثل عاملاً مهمًّا يؤثر على تقبل المراهقين للرسالة الصحية، وأننا نحتاج إلى مزيد من البحث لاستيضاح العملية الكامنة وراء هذا التأثير. وبعبارة أخرى، أنهما سلطا الضوء على أننا نرى أن التشابه المدرك يُعد مهمًّا، ولكننا لا نعرف حتى الآن السبب وراء ذلك. وهذا يستدعي على وجه الخصوص مزيدًا من الدراسات للبحث داخل عملية كيفية مقارنة الأفراد أنفسهم مع أولئك الذين يقدمون رسائل تعزيز الصحة، وكيف أن عملية المقارنة قد تؤثر على إدراك مصداقية هذه الرسالة.

- محتوى الرسالة:

الطريقة التي تصاغ من خلالها الرسائل لها أثر كبير على كيفية تلقيها. فعلى سبيل المثال، الرسائل التي تقدم من خلال مناقشات متبادلة بين طرفين عن موضوع أكثر فعالية من الرسائل ذات الطرف الواحد للأفراد الذين ينتمون لمرحلة التفكير في تغيير السلوك (تمت مناقشة نموذج مراحل التغيير في الفصل الرابع)،

مـــن خـــلال أولـــئك الذين لديهم مستويات تعليم مرتفع أو أولئك الذين يعرفون أنه موضوع معقد ومثير للجدل. ويضاف إلى ذلك أنه إذا كان الموضوع يتسم بالتعقيد، فإن الرسائل التي تحتوي على تلخيص أو توصيات تكون أكثر فعالية من تلك غير المعقدة. وفي المقابل، إذا كان الموضوع واضحًا نسبيًّا، فإن ترك الجمهور يشكلون عقـــولهم الخاصـــة قـــد يكـــون أسلوبًا أكثر فعالية (e.g. Amalraj et al., 2009; Edwards and Hugman, 1997; Mansoor and Dowse, 2006):

"التواصـــل الفعـــال الخاص بالرسائل الأكثر بساطة وترحيبًا من قبل الجمهور المتباين والمتفرق يُعد تحديًا كبيرًا" (Edwards and Hugman, 1997)

- إثارة الخوف وصياغة الرسالة:

بعـــض رســـائل تعزيز الصحة تستخدم الخوف وسيلة لتحفيز تغيير السلوك، وتكمـــن الفكـــرة فـــي أن إثارة الخوف في الجمهور المستهدف سيحثهم على تغيير ســـلوكهم واتجاهاتهم(Albery and Munafo, 2008). ومع ذلك، تقترح البحوث أن هـــذا الافتراض الكامن ليس دائمًا صحيحًا؛ حيث تساءل بعض الباحثين عن فعالية إثارة الخوف باعتبارها محاولة لإقناع الأفراد بالتغيير(Ruiter et al., 2001).

ومـــن الطـــرق التي تولد الخوف هي تأكيد الرسائل للمخاطر التي من المتوقع حدوثها عندما لا يسلك الفرد طريقة وقائية. ويسمى هذا "بالصياغة السلبية" negative framing. ومـــن الممكـــن أيضًا أن تقدم صياغة الرسائل الصحية بشكل إيجابي من خلال تأكيد فوائد ممارسة السلوك الصحي الوقائي. كما تسمى بعض النواتج بصياغة الآثـــار framing effects. فعلـــى سبيل المثال، يكون لمعالجة الطريقة التي تتم بها صياغة خطر الوفاة تأثير على كيفية رؤية المشاركين لخطر الوفاة:

الصياغة الإيجابية: كل ٩٩,٩٩١,٧ من ١٠٠,٠٠٠ لا يتوفون

الصياغة السلبية: ٠,٠٠٨٣٪ يحتمل أن يتوفوا

ففـــي هذا المثال، تم تقديم المعلومة نفسها؛ لكن الجملة الأولى صياغة إيجابية، والأخرى سلبية. في حين أن البيانات المقدمة (خطر الوفاة) متطابقة في الصيغتين، فالطـــريقة التـــي تتم بها الصياغة تؤثر على تقييمنا للمعلومات، فقد أدت الصياغة الإيجابـــية للمعلـــومات إلـــى خفـــض تقدير خطر الوفاة مقارنة بالصياغة السلبية للمعلـــومات(Halpern et al., 1989). وبالمـــثل، فقد ثبت أن الأفراد يكونون أكثر إقـــبالاً على طلب العلاج إذا ذُكر لهم أن فرصة البقاء على قيد الحياة ٩٥٪ مما لو ذُكر لهم أن نسبة الوفاة ٥٪.

ومما يثير الاهتمام اتضاح أن الصياغة الإيجابية أيضًا تحسن من فهم الأفراد للمعلومات المقدمة، فقد قدم "أرمسترونج" Armstrong وزملاؤه (٢٠٠٢) معلومات عن مخاطر استخدام منحنيات لمعدل البقاء على قيد الحياة أو الوفاة، ووجد أن الأفراد الذين حصلوا على منحنيات البقاء على قيد الحياة كانوا أكثر دقة بشكل جوهري في الإجابة عن الأسئلة حول المعلومات، فضلاً عن كونهم أكثر احتمالاً لطلب اختيار العلاج موضع الاهتمام من أولئك الذين تلقوا منحنيات الوفيات.

وهذا لا يعني القول دائمًا بتفضيل الصياغة الإيجابية للمعلومات، فأحيانًا يكون من الأفضل الصياغة باستخدام مصطلحات الفقدان أو الخسارة. فقد تبين – على سبيل المثال – أن إخبار الأفراد عن مخاطر عدم الفحص الدوري (صياغة الخسارة) تؤدي إلى زيادة الإقبال بشكل أكبر على السلوك الموصى به مقارنة بإخبارهم بفوائد هذا الفحص(Abood et al., 2005). وبالمثل كشف "شيرمان" وزملاؤه (٢٠٠٥) تأثير الصياغة على الرسالة المرتكزة على استخدام خيط التنظيف، حيث طُبق على المشاركين استبيان لقياس ميولهم نحو موضوعين: اهتمامهم بإمكانية حدوث أشياء سيئة، ورغبتهم في التحرك نحو اتجاه الاهتمامات الإيجابية، ثم وزعت على المشاركين بشكل عشوائي إما مقالة صياغة المكسب أو مقالة صياغة الخسارة (الفقدان) جراء عدم استخدام خيط التنظيف. وفي مقالة صياغة المكسب، يتم التأكيد على الفوائد المحتملة من استخدام خيط التنظيف بشكل منظم، أما في الرسالة ذات صياغة الخسارة، فيتم التأكيد على الأخطار المحتملة من عدم التنظيف. والذي وجده "شيرمان" وزملاؤه (٢٠٠٦) أن كلاً من أولئك الذين لديهم مستويات مرتفعة من الرغبة في الاهتمامات الإيجابية والذين تلقوا الرسالة ذات صياغة المكسب، بجانب أولئك الذين ترتفع مخاوفهم بشأن إمكانية حدوث أشياء سيئة والذين تلقوا رسالة ذات صياغة الخسارة، كانوا أكثر إقبالاً على الانخراط في التنظيف بالخيط في وقت لاحق مقارنة بأولئك الذين تلقوا رسائل لا تتطابق مع ميولهم. وكذلك أظهرت هذه الدراسة أن طريقة صياغة الرسالة ليست بالأمر البسيط من حيث مقدرتها على التأثير في سلوك الأفراد لاحقًا، كما تشير البيانات إلى أنه من المهم أيضًا الأخذ في الاعتبار حقيقة أن الأفراد الذين يتسمون بالتركيز القوي نحو الاتجاهات الإيجابية يكونون أكثر استجابة للرسائل الصحية المُصاغة بإيضاح المكسب، في حين أن ذوي زيادة التركيز على إمكانية حدوث

أشـياء سـيئة يكونون أكثر عرضة للاستجابة للرسائل الصحية المُصاغة بإيضاح الخسارة (الفقدان).

- **سياق الرسالة:**

يؤثـر السياق أيضًا في تفسيرات الأفراد. فعلى سبيل المثال، لاحظ "بارديسي" Parducci وآخـرون (١٩٦٨) أن الطالبة إذا سئلت عن اعتقادها حول فشل وسائل الحمـل فـي ٥٪ من المناسبات، فإنها ستختار أنه يقع في "كثير من الأحيان"، في حـين أنهـا إذا سئلت عن اعتقادها حـول وجود نسبة ٥٪ تقول بعدم حضورها محاضراتها، فستختار "لن يحدث أبدًا تقريبًا". وهكذا، تشير "فوكس" Fox و"إيروين" Irwin (١٩٩٨) إلـى أن الـسياق الاجتماعـي والمعلوماتية والدافعية التي تكون المعتقدات، وتشكل العبارات، توفر عددًا لا نهائيًّا من الإشارات الإضافية التي تؤثر فيما سيعبر عنه المتحدثون، وفيما يُفهم من قبل المستمعين.

- **التفاؤل غير الواقعي:**

مصطلح التفاؤل غير الواقعي Unrealistic optimism يشير إلى تقييم الأفراد باحتمال مواجهتهم تهديدًا صحيًّا. فإذا اعتقد الأفراد أن شخصياتهم مستهدفة للخطر، فسيـصبحون أكثر إقبالاً على الانخراط في السلوك المضاد لهذا الخطر. ومع ذلك، أظهـرت الأبحـاث أننا أفراد نميل نحو التفاؤل بشكل غير واقعي؛ وهذا يعني أن الأفـراد يظهـرون ميلاً نحو الاعتقاد بأنهم أقل عرضة لمواجهة أحداث الحياة أو المـرور بخبرة صحية سلبية مقارنة بالآخرين. فالانخراط في التفاؤل غير الواقعي (Weinstein, 1987) يعنـي أن رسـائل تعزيـز الصحة لا يعترف بها، وترتبط بالكثيـر مـن أحداث الحياة والأمراض الصحية، بما في ذلك الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي(e.g. Gerrard et al., 1996)، أمراض القلب (e.g. Marteau et al., 1995)، والقـيادة تحـت تأثير تناول الكحوليات (e.g. Albery and Guppy, 1995). فمـثل هذا التفاؤل المفرط يحتمل أن يؤثر على استعداد الأفراد للانخراط فـي الـسلوكيات الصحية المناسبة الوقائية، وهو الأمر الذي ينبغي التصدي له في حملات التوعية الصحية(Bennett and Murphy, 1997:41).

الملخص:

لقـد أوضـحنا أنـه لـيس مـن الـسهل عزل تأثير حملة التوعية الصحية عـن العـوامل الأخـرى البيئية والاجتماعية، التي قد تؤدي أيضًا دورًا في تغيير السلوك. كما ركزنا في هذا الفصل على أهمية عملية الاتصال. وأكدنا بوجه خاص

التأثيـــر المحـــتمل لمحـــتوى الرسالة وخصال المصدر؛ ولذا كان من الضروري التركيز على الموضوعات في مرحلة التخطيط لأي حملة لتعزيز الصحة.

*** عملية التخطيط لحملات تعزيز الصحة :**

تتوقف عملية التخطيط لحملات تعزيز الصحة على ثلاثة تساؤلات رئيسة:

١- ما الذي أحاول تحقيقه؟

٢- ما يجب عليَّ القيام به؟

٣- كيف أعرف إذا كنت قد نجحت؟

"مـــا الذي تحاول تحقيقه؟" تهتم عملية التحقيق بتحديد الاحتياجات والأولويات، وبعد ذلك تكون الأهداف والغايات الخاصة بك واضحة جدًّا. "فما تحاول أن تفعله" يمكـــن تجزئته إلى خطوات صغيرة – وتختار أفضل وسيلة لتحقيق أهدافك وتحديد المـــصادر التي تنوي استخدامها، وتضع خطة عمل واضحة لمن يفعل ماذا ومتى. وأخيـــراً، "كـــيف تعرف إذا كنت قد نجحت أم لا؟" يعني أنك تحتاج خططًا للتقييم باعتـــبار هذه الخطط جزءًا لا يتجزأ من الخطة الشاملة الخاصة بك، وليس كفكرة توضع متأخرة.

١- ما الذي أحاول تحقيقه؟

تبدأ عملية التخطيط لحملة تعزيز الصحة بالنظر إلى الأسباب التي تقف خلف هـــذا الـــتدخل، وتـــنطوي هذه العملية على النظر في موضوعين رئيسين: تحديد الاحتياجات والأولويات، وإعداد الأهداف والغايات.

- تحديد الاحتياجات والأولويات:

يمـــثل تحديـــد الاحتياجات عملية مركبة، فهناك احتمال بأن تكون الاحتياجات الـــصحية كثيـــرة والموارد المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات محدودة جدًّا؛ ولذا يتعين القـــيام بالاختيار. وتتأثر الاختيارات بكيفية تحديد الحاجة، ويكون التمييز ضروريًّا عـــند تحديـــد هذه الاحتياجات من حيث ترتيبها بين الفورية reactive والاستباقية proactive. حـــيث تعنـــي الفـــورية الاستجابة للاحتياجات والمطالب التي يريدها الأفراد، وفي المقابل، تعني الاستباقية التركيز على القيام بأخذ القرار والمبادرة في مجـــال العمـــل. فعلى سبيل المثال، قد يكون أحد أسباب الاهتمام بالمشكلة الصحية المعنـــية هـــو وجود أولوية محلية أو قومية أو عالمية. وكذلك قد يكون السبب هو

إشارة علماء الأوبئة (تمت مناقشة في الفصل ٢) لوجود علاقة بين السلوك الصحي أو موضـــوع صـــحي وارتفـــاع معدل الوفاة أو الإصابة بالمرض. وبالتالي يحدد الـــزملاء وجود فجوة في الخدمة الصحية الموجودة، أو في توفر ممارسين الصحة لمـــشكلة خاصــــة بين مجموعة معينة من مرضاهم. إلا أن حدوث ذلك يتم بمجرد تحديـــد الحاجة، ومن ثم تركز الخطوة التالية على تطوير التدخل. وتبدأ هذه العملية بتحديد الأهداف والغايات.

- وضع الأهداف والغايات:

عملـــية وضــــع الأهداف والغايات غالبًا ما تكون طويلة، ومن الضروري أن تكـــون هـــذه الخطوة صحيحة؛ لأن اختيار الأهداف والغايات سيؤثر على مراحل أخـــرى لعملية تعزيزِ الصحة. فالأهداف والغايات المختلفة تؤدي إلى مناهج مختلفة لتعزيز الصحة فضلاً عن استراتيجيات مختلفة لتنفيذ التدخل. ويكون لهذا إذن آثار فـــي الوســـائل التي يستعان بها في تقييم التدخل؛ وذلك لأن اختلاف الاستراتيجيات يـــتطلب أنـــواعًا مخـــتلفة من التدخل، وينبغي أن يكون واضحًا أن تحديد الأهداف والغايات يمثل محور نجاح الحملة.

فالأهـــداف هي خطوط عريضة لما تحاول تحقيقه، في حين أن الغايات محددة بـــشكل أكثـــر، وتهتم بالحالة النهائية المرغوبة التي يجب تحقيقها في غضون فترة زمنـــية محـــددة. فعلـــى سبيل المثال، لاحظت أخصائية نفسية أثناء مقابلات فترة المتابعة مع مرضاها أنها تجد صعوبة في وضع ممارسة المهارات والتكنيكات التي تعلمهـــا لهـــم؛ وبالتالـــي قـــررت هـــذه الأخصائية النفسية أنها بحاجة إلى تحسين المعلومات التي تعطيها لهم، وهكذا يكون هدفها هو تحسين امتثال المريض لخطط علاجهم، وغاياتها هي تحسين فهم المرضى لخطط العلاج. وتتمثل خطتها إذن في تطوير نشرة المعلومات للمريض.

فعملـــية تحديـــد الأهـــداف والغايـــات تمكـــن من توضيح ليس فقط ماذا ســـيفعل؟ ولمـــن؟، ولكن أيضًا لماذا يحتاج ذلك؟. فوضوح هذه النقاط من شأنه أن يؤدي إلى تطوير الاستراتيجيات التي تركز على تحقيق الأهداف والغايات. وفـــي المقابـــل، يعنـــي الفـــشل في الانخراط المناسب في هذه العملية ضياع وقـــت القائمـــين بتعزيـــز الـــصحة وطاقـــاتهم نحـــو ما يبدو أنه فكرة جيدة، ويدركـــون بعد فوات الأوان أن ما يقومون به لا يحقق في الواقع ما يريدون. وهكـــذا، تأتي بعد تطوير وضع أهداف حملة تعزيز الصحة المقترحة وغاياتها

الخطـــوة التالية، وهي النظر في هذا الموضوع الرئيس الثاني، وهو "ماذا يجب علي فعله"؟

٢- ماذا يجب علي القيام به؟

تـــنطوي عملـــية الإجابـــة عن هذا السؤال على النظر في ثلاثة موضوعات رئيـــسة، فـــبعد تحديد أهداف حملة تعزيز الصحة وغاياتها، تتضمن الخطوة التالية كيفـــية تحقـــيقها، وســـينطوي هـــذا على النظر في المصادر التي تحتاجها للتنفيذ. وأخيـــرًا، ستحتاج إلى قضاء بعض الوقت للنظر في كيفية قدرتك على تقييم حملة تعزيز الصحة التي وضعتها.

- تقرير أفضل وسيلة لتحقيق الأهداف والغايات:

فـــي بعـــض الأحيان قد يكون هناك وسيلة واحدة لإنجاز أهدافك وغاياتك، ولكـــن عـــادة ما يكون هناك مجموعة من الخيارات؛ ولهذا تحتاج إلى أن تكون قـــادرًا علـــى اختيار الوسيلة الأفضل لك، فليس هناك غالباً "طريقة أفضل فقط" لتعزيـــز الصحة ككل؛ ولذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار. فعلى سبيل المثال، تجب مـــراجعة الأبحاث المنشورة والتفكير في كيفية ربط البيانات المقدمة بالحملة التي تخطـــط لهـــا، كمـــا تحتاج أيضًا إلى التفكير في استراتيجيات محددة ونقاط القوة والـــضعف. فمـــثلا سبق في الفصل الرابع تبين أن وسائل الإعلام قد تكون فعالة لـــزيادة الوعـــي، ولكنها ليست فعالة في تغيير السلوك، وقد تكون أفضل طريقة لتحقـــيق تحـــسين المعـــرفة عـــن طريق دورات تعليم واحد إلى واحد، وتوزيع منـــشورات أو تـــشغيل حملة ملصقات. وفي المقابل، العمل على تطوير الأفراد يـــشمل العمل الجماعي، أو التدريب على المهارات الاجتماعية، أو لعب الأدوار. كما يشمل التركيز على المجتمع ضغط المجموعات، وتطوير مخططات الدعوة، أو التـــشجيع علـــى التغيير التنظيمي(Ewles and Simnet, 1995). انظر جدول (٥-١)، فإنـــه يلخـــص كـــيف أن الأهداف المختلفة تتطلب مناهج مختلفة، وذلك باستخدام الإقلاع عن التدخين على سبيل المثال:

التوقف عن التدخين	
الهدف	**الاستراتيجيات**
الوعي الصحي	مقالات في الجرائد
	معرض عن تأثير التدخين
	ملصقات الإقلاع عن التدخين
	برامج في الإذاعة والتلفزيون
تغيير المجتمع	حظر التدخين في الأماكن العامة
	تحسين فرص الحصول على برامج الإقلاع عن التدخين
تغيير السلوك	مجموعات الإقلاع عن التدخين
	تقديم مساندة لكل مريض على حدة يريد الإقلاع عن التدخين
	اقتراحات لمواجهة أعراض الانسحاب من النيكوتين
	اقتـــراحات للمساعدة في تجنب الانخراط في عادات التدخين، مثل التدخين بعد تناول الأكل
زيادة المعرفة	إدخال دروس في المدارس عن تأثير التدخين
	تقديم النصح والإرشاد للمرضى
	محادثات حول الإقلاع عن التدخين في المجتمع
تغيير الاتجاه	العمل الجماعي
	عمل واحد لواحد

جدول (٥-١): مقارنة أهداف تعزيز الصحة والاستراتيجيات

وبعـــد تحديد الاستراتيجيات التي تنوي توظيفها لتحقيق أهدافك وغاياتك، تأتي الخطوة التالية متمثلة في تحديد المصادر التي تحتاجها لتنفيذ إستراتيجيتك.

- تحديد المصادر:

لمعالجـــة هذا الموضوع، ستحتاج إلى التفكير في تحديد المصادر المتاحة لك بالفعـــل، فـــضلاً عـــن تحديد أي منها يحتاج للشراء أو الاكتساب. ومن المصادر الممكنة نجد ما يأتي:

أنت: خبرتك، ومعرفتك، ووقتك، ومهارتك، وحماسك، وطاقتك.

زملاؤك: قد يكون لدى زملائك خبرة وجدارة ذات صلة بالموضوع، ويمكن أن يقدمـــوا النـــصيحة لـــك. والمؤســـسة التـــي تعمل فيها قد يكون فيها موظفو

السكرتارية الذين يمكن أن يسهموا في المهام الإدارية، أو ربما كان هناك من الفنيين الذين يمكنهم أن يساعدوا بالمعدات السمعية والبصرية أو تطوير المصادر الإلكترونية.

عملاؤك: قد يقدم عملاؤك أيضًا المعارف والمهارات والحماس والطاقة والوقت الذي يمكن استخدامه والبناء عليه. ويمكن أن يكون العميل السابق مصدرًا قيمًا للغاية؛ ربما لأنه نجح في فقدانِ الوزن، أو التخلى عن التدخين، أو تعلم مواجهة الألم؛ فيمكن أن يكون عونًا كبيرًا للعملاء الحاليين الذين يعانون من مشكلات وخبرات مماثلة.

السياسات والخطط: قد يكون هناك بالفعل سياسة بشأن هذا الموضع الذي تهتم به حملتك لتعزيز الصحة، فيمكنك استخدام هذا النهج السياسي لدعم العمل الذي تنوي القيام به، فهل عملك المقترح يتناسب مع الاستراتيجيات القومية القائمة للصحة؟

المرافق والخدمات: المرافق الموجودة بالفعل يمكن استخدمها بشكل كامل، فهل أنت قادر على الوصول إليها أم ستحتاج إلى استئجار مكان لتنفيذ حملتك؟

الموارد المادية: وتشمل هذه المنشورات والملصقات ومواد العرض. فإذا كنت تخطط لعمل جماعي، فستحتاج إلى التفكير في أشياء مثل الحجرات، والمكان، والمقاعد، والأدوات التعليمية السمعية والبصرية.

وبعد استعراض مدى توفر المصادر الموجودة، وتحديد تلك المصادر التي يمكن الوصول إليها أو شراؤها، تأتي الخطوة التالية متمثلة في التركيز على مقدرتك للتخطيط لتقييم حملتك.

- **أساليب التخطيط للتقييم:**

تركز هذه المرحلة على كيفية قياس نجاح الحملة. ويجب على التقييم أن يركز بشكل صريح على الأهداف والغايات التي وضعتها، وهو ما يبدو بسيطًا، ولكن الأمر في واقع يتسم بالصعوبة. فعلى سبيل المثال، إذا كان هدفك هو تحسين الوعي بموضوع ما، فإنك تحتاج إلى التفكير في كيفية الحصول على خط الأساس baseline measure لمستويات الوعي، فضلاً عن تحديد الكيفية التي ستمكنك من توضيح أن حملتك قد رفعت من مستويات الوعي. وبالمثل، إذا كان هدفك هو تغيير السلوك، فأنت تحتاج إلى النظر في الكيفية التي تمكنك من التقاط أي تغييرات حدثت.

وربمـــا كان الأكثر أهمية من ذلك هو الاحتياج إلى النظر في كيفية التأكد من أن التغييـــرات التـــي تحـــدث في أعقاب تنفيذ حملتك ترتبط مباشرة بتأثير الحملة؛ فالمعارف ذات الصلة بالصحة والاتجاهات والسلوك تتغير باستمرار، بغض النظر عن حملات تعزيز الصحة، كما تتغير المجتمعات أيضًا في الاستجابة لعوامل كثيرة مخـــتلفة؛ ونتـــيجة لـــذلك، سأل "تايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣: ٣٨٣) "كيف يمكن عزل التغييـــرات الناتجة عن الحملة الصحية عن أي شيءٍ آخر؟"، وبعبارة أخرى، كيف يمكن أن تعرف ما إذا كانت الحملة قد حققت نجاحاً؟.

٣- كيف أعرف ما إذا كنت قد نجحت؟

مـــن المستحيل في مجال تعزيز الصحة تنفيذ حملة في ظروف معملية، حيث إن كـــل العوامل باستثناء متغير واحد تخضع للضبط؛ فالعالم الواقعي لا يتشابه مع هذا الوضع تمامًا. وكما أشير سابقًا، فإنه من الصعب تحديد أثر الحملة بمعزل عن جمـــيع المتغيرات الأخرى التي قد يكون لها تأثير أيضًا. وقد أشار "تايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣) إلى الاعتماد على منهج شبه تجريبيي quasi-experimental approach، حـــيث تتم مراقبة مجموعة ضابطة من الأفراد مماثلة لهؤلاء الذين يتلقون الحملة، ثم تتم مقارنة حدوث أي تغييرات في المجموعة التي تتعرض للحملة مع المجموعة الـــضابطة، والافتراض هنا أن أي تغييرات وجدت في مجموعة الحملة، ولم توجد في المجموعة الضابطة، يمكن تفسيرها أنها ترجع لتأثير حملة تعزيز الصحة. ويُعد هـــذا المنهج غير كامل؛ لأنه من الصعب عزل مجموعات مختلفة من الأفراد، مما يعنـــي أنه من الصعب التأكد من أن المجموعة الضابطة لم تحصل على مواد حملة تعزيـــز الـــصحة، لكـــنه - على الرغم من ذلك - يُعد منهجًا واقعيًّا لهذه القضية الـــشائكة، ويـــسمح للقائمين بتعزيز الصحة بأن يكونوا على قدر من الثقة في تأثير برنامجهم مقارنة بعدم استخدام مجموعة ضابطة على الإطلاق.

- **مثال لأحدى الحملات:** "حمض الفوليك: أحد أساسات الحياة" Folic Acid–One of Life's Essentials.

اســـتُخْدمت هـــذه الحملـــة مثالا على كيفية التخطيط والتطوير وإرسال حملة تعزيز الصحة للنشر في الحملة الانتخابية للصحة (Health Promotion Agency, 1998)، الـــذي قدمـــه معلمو الرعاية الصحية والاجتماعية. وقد تم تنفيذ الحملة في أكتوبـــر ١٩٩٨، وتطورت استجابة لاستعراض البحوث التي أظهرت أن السيدات إذا زادت كمـــية حمـــض الفوليك التي يأخذنها قبل وأثناء الحمل، فإن عدد الأطفال

المولـــودين بتـــشوهات الأنابـــيب العصبية ينخفض إلى حد كبير. فقد تم استعرض المعـــارف العامة والاتجاهات والسلوك المرتبط بحمض الفوليك في أيرلندا الشمالية مـــن خـــلال الـــوكالة عام ١٩٩٦، وأظهرت النتائج أنه على الرغم من أن الوعي بأهمـــية حمـــض الفولـــيك مرتفع، فمعرفة فوائد تناول المكملات الغذائية لحمض الفولـــيك محدودة جدًّا، وبالإضافة إلى ذلك، فإنه كان هناك بعض الخلط عن الفترة التـــي ينبغـــي تـــناول هذه المكملات الغذائية فيها، وترتيبًا على هذه النتائج، كُلفت الوكالة بإعداد حملة إعلامية عن حمض الفوليك والقيام بتنفيذها في أيرلندا الشمالية في فبراير ١٩٩٨.

واقتـــرحت الوكالة استهداف كل النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٦-٤٥ ســـنة والمهنيين الصحيين، وكانت أهدافها زيادة المعرفة بفوائد حمض الفوليك؛ لتـــشجيع الاتجاه الإيجابي لتناوله، ولتعزيز تغيير السلوك، بحيث تتناول الكثير من النساء ما يكفي من حمض الفوليك قبل بداية الحمل وخلال الأسابيع الأولى منه.

وتتجـــزأ هـــذه الأهـــداف إلى غايات (النتائج المرغوبة من التدخل)، حددتها الوكالة فيما يأتي:

- زيادة عدد النساء اللاتي يعرفن أن حمض الفوليك آمن.
- زيادة الوعي بأهمية تناول حمض الفوليك.
- زيـــادة الوعي حول الحاجة إلى تناول حمض الفوليك قبل الحمل وحتى نهاية الأسبوع الثاني عشر من الحمل.
- زيادة الوعي بأن هناك حاجة لتناول المكملات الغذائية لحمض الفوليك يوميًّا.
- زيادة عدد النساء اللائي سيتناولن حمض الفوليك أثناء الحمل.
- عدم وجود أي فرد يشعر بالذنب أو المسئولية خاصة إذا كان لديه طفل يعاني من تشوه في الأنابيب العصبية، وكذلك عدم شعور النساء الحوامل بالقلق لعدم تناولهن حمض الفوليك، لأنهن لم يعلمن ذلك.

وقـــد بـــدأت الحملة في أكتوبر ١٩٩٨، وانتشرت عبر الإعلانات التلفزيونية والـــسينمائية والنشرات والملصقات، فضلا عن إصدار مجلة. وبالإضافة إلى ذلك، صـــدرت مذكـــرات إرشادية للمتخصصين، وسلط الإعلان التليفزيوني والسينمائي الضوء على أن حمض الفوليك فيتامين يساعد على منع الإصابة بأمراض مثل شلل الحـــبل الشوكي spine bifida، وينبغي أن يؤخذ قبل الحمل وحتى الأسبوع الثاني عشر من الحمل. واحتوت المنشورات والملصقات على معلومات حول أهمية تناول

حمض الفوليك، وتم توزيعها على مرافق الخدمات الصحية والصيدليات ومحلات السوبر ماركت.

وأدركت الوكالة أن النساء اللاتي لا يفكرن في الحمل من غير المرجح أن يلتقطن النشرة حول حامض الفوليك، وأخذت المجلة شكل المجلات النسائية الشعبية، وكان عنوانها "إنها أنت It is You"، وتضمنت مقابلات المشاهير، وقصص الحياة الواقعية، والألغاز والملامح العامة عن الصحة، وكذلك معلومات عن حمض الفوليك. وتم إدراجها في الصحف القومية، وإرسالها إلى صالونات تصفيف الشعر، وعيادات الأسنان والمراكز الصحية في أماكن الانتظار.

وشملت المذكرات الإرشادية الصادرة لأخصائيي الصحة مصادر حمض الفوليك، ومعلومات حول الجرعة والتوقيت، والأسئلة والأجوبة، وعناوين الاتصال للحصول على مشورة متخصصة. وأرسلت هذه المذكرات الإرشادية إلى الممارسين العام، والممرضات، والصيادلة، وموظفي تنظيم الأسرة، وزوار الصحة، وأخصائيي التغذية، والمولدات (الداية).

وفي فبراير ١٩٩٩، تمت مقابلة ١٠٠٠ من الراشدين لتقييم حملة ١٩٩٨، وقد أجري استطلاع سابق مماثل في عام ١٩٩٦ يسمح بالمقارنة بين مرحلة ما قبل الحملة ومرحلة ما بعدها. وفي حين أن التقييم لم يقِس ما إذا كان تغيير السلوك جاء نتيجة للحملة أم لا، إلا أنه أشار إلى أن الوعي بحمض الفوليك قد زاد من ٤٥٪ قبل الحملة إلى ٧٣٪ بعد الحملة، وزادت أيضًا المعرفة بفوائد حمض الفوليك من ٦٠٪ إلى ٨٣٪. واعتبرت الحملة ناجحة، وأوصي بجائزة قومية لها في عام ٢٠٠١.

الموجز:

عرضنا في هذا القسم لعملية التخطيط والتقييم لحملات تعزيز الصحة، وأصبح من الواضح أن هناك كثيرًا من العوامل الخارجة عن سيطرة حملة تعزيز الصحة تؤثر أيضًا في تحقيق أهداف الحملة وغاياتها من عدمه. ونركز في القسم الآتي بشكل أكثر تفصيلاً على عملية تحديد ما إذا كانت حملة تعزيز الصحة حققت التأثير المرغوب أم لا.

*** كيف يمكننا معرفة ما إذا كانت حملة تعزيز الصحة قد حققت التأثير المرغوب؟**

بالنظر في جميع المعلومات الواردة في هذا الفصل، ستجد نفسك تسأل: كيف نعلم إذا كانت حملتنا لها تأثير؟

وقـد أشار "نايدو" و"ويللز" (٢٠٠٣) إلى أن الأبعاد التالية ينبغي النظر إليها: الفعالية، والقبول، والملاءمة:

- **الفعالية Effectiveness:** هل حقق النشاط ما أنشئ من أجله؟ هل أهداف حملة تعزيز الصحة وغاياتها تحققت بالكامل؟
- **القبول Acceptability:** يجب أن تدرك أن التدخلات من خلال المستلمين المقصودين كانت "مقبولة"، ولكن هذا التدخل الذي تم قبوله من جمهور ما ربما يجد صعوبات إذا أعيد تطبيقه في سياقات جغرافية أو ثقافية أو اقتصادية مختلفة. وعلى سبيل المثال، صور الكثير من المواد المبكرة للتثقيف الصحي في المملكة المتحدة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز على أنه ينشأ في البلدان الإفريقية والبلدان النامية (كما سميت في التراث باسم "العالم الثالث"). وقد عززت النمطية العنصرية هذا التصور؛ مما أساء إلى الكثير من مجموعات السود والأقليات العرقية. فتصوير من أين يأتي الإيدز يولد مجموعات غاضبة وغير مستعدة للمشاركة في البرامج التعليمية لمكافحة فيروس الإيدز. وبالمثل، سلط "يونج" Young و"أوبنهايمر" Oppenheimer (٢٠٠٩) الضوء على المشكلات التي يعاني منها المرضى أثناء وباء سارس SARS عام ٢٠٠٣ من خلال القائمين بتعزيز الصحة الذين حاولوا الحصول على رسالة مفادها أن خطر الإصابة بالسارس على متن طائرة يكون منخفضًا. وقد استجاب الجمهور لهذه المعلومات بقدر من الحذر، بدلاً من الطمأنينة، وأتت حملة تعزيز الصحة بنتائج عكسية وسيئة.
- **الملاءمة Appropriateness:** وهي نشاط لقياس مدى التناسب بين الاحتياجات الصحية والجمهور المستهدف، فهل تمويل حملة مُكلفة لتشجيع راكبي الدراجات على ارتداء الخوذة يكون مناسبًا إذا كانت المنطقة المستهدفة بها عدد قليل من راكبي الدراجات؟؛ ولذلك فالتقييمات تحتاج إلى التمييز بين إدراكات الأفراد احتياجاتهم الخاصة وتلك التي يتمسك بها آخرون، مثل الأطباء أو العاملين في الصحة الذين يرسمون فهمًا أو نموذجًا مختلفاً للصحة. وهذا يعني وجوب زيادة المعرفة بشأن المستقبلين المقصودين بحملة تعزيز

الصحة، والأرجح هو التأكد من أن الرسالة ذات صلة ومناسبة للجمهور المستهدف (Kreuter and Wray, 2003).

وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تتذكر سبب تخطيطك للانخراط في التقييم، هل لتحسين أدائك في المرة القادمة التي ستفعل فيها أعمالا مماثلة؟، هل لمساعدة الآخرين في تحسين ممارساتهم؟، هل لتبرير قيمة الصرف في المشروع؟

فالعمل على الإجابة عن هذه التساؤلات ضروري؛ لأنه سيؤثر على طريقة تقييمك، فضلاً عن كمية الجهد المبذول فيه.

وبالمثل، معرفة الذين سيستخدمون البيانات الناتجة من تقييمك الخاص سيحدد لك الأسئلة التي يطرحونها، ومدى عمق البيانات التي توصلت إليها وتفاصيلها، وكيفية عرضك للمعلومات. ولذا إذا كنت تقيس مدى الفائدة التي تمت من خلال جلسة التثقيف الصحي لتغييرها في الجلسة التالية المماثلة، فستعتمد غالبًا على الملاحظات الخاصة حول كل من الجلسة واستجابات المتعلمين. ولكن إذا كنت تكتب تقريرًا لمديرك، أو إلى أي جهة تدعم عملك ماديًا، فإنك تحتاج إلى التفكير في أنواع الأسئلة التي من المتوقع أن يطرحوها ورصد التفاصيل التي يحتاجون إليها.

وربما كان الأهم من ذلك هو اتخاذ قرار بشأن كيفية قياس النتائج التي تنطوي على ملاحظة أنواع التغييرات العاكسة للمناهج التي تم توظيفها لقياس هذه التغييرات. فعلى سبيل المثال، إذا كان هدفك زيادة الوعي الصحي، فربما تقرر قياس كم الاهتمام لدى العملاء في حملتك من خلال تسجيل عدد الأفراد الذين سجلوا في عروض المنشورات، ومراقبة التغييرات في طلب الخدمات المتصلة بالصحة، أو تحليل كم التغطية الإعلامية. ومن ناحية أخرى، إذا كان هدفك هو تحسين مستويات المعرفة، فستكون مهتمًا بتسجيل التغييرات فيما يقوله أو يفعله العملاء من خلال ملاحظة معلومات العملاء الجديدة سواء باستخدام الاختبارات التحريرية أو الاستبيانات.

وأخيرًا، يجب النظر نحو من يقيم حملة تعزيز الصحة؛ وذلك لأن أغلب تقييم أنشطة حملة تعزيز الصحة يتم من خلال الأفراد العاملين في مجال تعزيز الصحة، في حين أن المُقيم الخارجي يتسم بالعدل والموضوعية، لكن تقييمه يستغرق منه وقتًا أطول لفهم الموضوعات وإقامة اتصالات. ونستطيع القول إنه إذا كان الأفراد يقيمون أداءهم بأنفسهم، فإنه يمكنهم تعلم ما يحسن وكيف بسهولة أكبر، ولكن هذا لن يحدث إلا إذا كانوا ملتزمين بالتحسين بدلاً من التبرير الذاتي، وربما كان من الأفضل الاستفادة من نقاط القوة في النوعين من التقييم. ويمكن أيضًا أن يكون

قياس رأي الجمهور المستهدف مفيدًا فيما يتعلق بأثر الحملة وفعاليتها، مثل هؤلاء الأفراد الذين يوفرون منظورًا فريدًا، وربما يوفرون قائمين على تعزيز الصحة، بالإضافة إلى استبصارات مفيدة عن كيفية إدراك حملتهم.

الخاتمة:

على الرغم من طول الوقت الذي تأخذه حملات تعزيز الصحة، فإن هناك نقصًا في وجود أدلة قاطعة تظهر تأثير تلك الأنشطة على النتائج الصحية؛ فالكثير من النتائج تكون متعارضة، كما يصعب فصل تأثير الحملة عن التأثير المحتمل لعوامل الأخرى؛ وبالتالي تثبت الحاجة لمزيد من البحوث التي تعتمد على الجودة العالية وعلى منهج علمي سليم لتقييم تعزيز الصحة.

ما نستنتجه من دليل البيانات أن حملات تعزيز الصحة أثبتت نجاحًا في قصد تغيير السلوك الصحي(e.g. Health Education Authority,1997)، حيث أوضحت أن من نتائج الحملات زيادة المعرفة (e.g. Tilford et al., 1997; Whittle et al., 1994)، لكن ما زال هناك في مثل هذه الحملات قيود على تأثيرها لتغيير السلوكيات والاتجاهات(Smith et al., 2002; Yzer et al., 2000). وتعكس هذه النتائج الفجوة بين القصد والسلوك(تم عرضها الفصل الرابع).

وقد اقترح "وايتلو" Whitelaw و"واطسون" Watson (٢٠٠٥) أنه بدلاً من الاعتماد على الدليل المعتمد على الأداء باعتباره مؤشرًا على الفعالية، فإن حملات تعزيز الصحة ينبغي أن تميل إلى التنفيذ معتمدة على أساس ثلاثة مبادئ:

١- الإيمان العام في فعاليتها وليس نتيجة أي تقييم رسمي.
٢- الخوف من اتخاذ منهج مختلف عما هو تقليدي - "غالباً نؤدي تعزيز الصحة بهذه الطريقة".
٣- استخدام الغطاء السياسي لاقتراح الإجراءات التي يجب أداؤها.

وتعد هذه الاستنتاجات مثبطة للهمم، ومع ذلك، أشار "وايتلو" و"واطسون" (٢٠٠٥) إلى أن هناك استراتيجيات تبدو مسهمة في تعزيز الصحة، مثل هذه الاستراتيجيات التي تم توضيحها في هذا الفصل. والمطلوب الآن هو اعتماد متخصصي تعزيز الصحة على هذه الاستراتيجيات وتنفيذها على نحو أكثر اتساقاً وصرامة. فكلمات "وايتلو" و"واطسون" (٢٠٠٥) هي خاتمة مناسبة لهذا الفصل:

"يُعرف غرض الأحداث في أهداف وغايات واضحة وقابلة للقياس، وتكون متسقة وثابتة ومتكررة، ولا تعمل بمعزل عن غيرها ولكن بقدر من التفاعل وجنبًا

إلـــى جـــنب مع المجتمع والمجموعات الصغيرة، وتزيد من مهارات التفاعل وجها لـــوجه المعتمدة على التدخلات وبناء السياقات الموجودة مثل الأسرة والمجتمع أو المدرسة. كما يتميز المحتوى بأنه إيجابي، وواقعي، وذو صلة بارزة بالمجموعات المستهدفة، وتدرك على أنها مألوفة وجذابة وذات مصداقية، ومبنية على احتياجات الجمهور الحالية، والدوافع والقيم".

وبعــد فحــص تعزيـــز الـــصحة، ننتقل إلى الجزء الأخير، حيث نركز على موضوعين للصحة، وهما: المشقة ومواجهتها، وسلوك الأكل واضطراباته.

لمزيد من القراءة:

Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J. et al. (2001). Presenting risk information: A review of the effects of "framing" and other manipulations on patient outcomes. Journal of Health Communication, 6, 61-82.

Whitelaw, S. and Watson, J. (2005). Wither health promotion events? A judicial approach to evidence. Health Education Research: Theory and Practice, 20(2), 214-25.

مصطلحات البحث الافتتاحية:

تعزيز الصحة، السلوك الصحي، تغيير السلوك، التقييم، القياس، التخطيط.

القسم الثالث: أمثلة لموضوعات صحية

٦

الفصل السادس
المشقـــة
Stress

الفصل السادس
المشقـــة
Stress

المقدمة :

المشقة هي مصطلح يستخدم في كل مكان في محادثاتنا اليومية، حيث نتداول جمــيعًا هــذا المصطلح بكثرة: "إنها حقاً مشقة"، "إنها فعلاً شاقة علينا"، "لا للمشقة" وهكــذا، ولكن إذا سئل ما المقصود بهذا المصطلح؟ فمن المرجح أن تأتي تعريفات مختلفة.

وفــي هــذا الفصل، نركز أولاً على كيفية تعريف مصطلح المشقة في مجال الصحة النفسية، ثم يتوجه انتباهنا بعد ذلك إلى استعراض طرق كيفية عمل المشقة مــن خلال الأنظمة المختلفة في أجسامنا، وبعد تقديم لمحة عامة عن هذه الأنظمة المخــتلفة نكتــشف كيفية قياس المشقة، ثم نختتم هذا الفصل باستكشاف كيفية تأثير المشقة علينا.

وبذلك ندرس في هذا الفصل:

- تعريف المشقة.
- اســتعراض الخطوط العريضة للأنظمة الجسمية الرئيسة التي يعتقد أن المشقة تعمل من خلالها.
- تحديد مصادر المشقة.
- تفسير كيفية قياس المشقة.
- تحديد الطرق التي تؤثر بها المشقة علينا.

*** كيف يمكن تعريف المشقة؟ How can we define stress? :**

لاحظنا الآن أن مصطلح المشقة يستخدم على نطاق واسع في مواقف وبيئات مختلفة. وتستخدم كلمة "المشقة" للإشارة إلى ما يأتي:

- موقف (مثل الامتحان).
- كائن أو شخص يسبب المشقة.

- النواتج (السلوكية، أو المعرفية، أو الفسيولوجية) التي تحدث كاستجابة لحدث شاق.

وعلى هذا النحو نجد أن للمشقة معاني كثيرة مختلفة اعتمادًا على من يستخدم هذا المصطلح، وكيف يستخدمه، فيرى بعض الأفراد المشقة باعتبارها شيئًا إيجابيًا، في حين يتضح لآخرين أن المشقة سلبية وشيء يجب تجنبه بأي تكاليف. فباحثون مثل "مونتورو" Montoro وزملاؤه (٢٠٠٩ : ٤١) أوضحوا أن المشقة من الصعب تعريفها على الرغم من أنها تستخدم على نطاق واسع، وتبدو مصطلحًا بسيطًا، فناقشوا حقيقة أن استخدام المصطلح على نطاق واسع يطبق بشكل خاطئ، ورأوا أن السبب هو ميلنا نحو استخدام كلمة "المشقة" لوصف أي موقف ينتج عنه باختصار القلق أو العصبية، فنحن في الواقع لا نطبق المصطلح على المواقف التي ليست بالفعل "شاقة"، وهذا يوفر لنا تفسيرًا جيدًا لكيفية استخدام كلمة "المشقة"، إلا أن تعريف "المشقة" ما زال غير واضح.

فقد اقترح "كورتيس" (٢٠٠٠: ١٢٣) أننا نستخدم مصطلحات "مصادر المشقة" Stressors، و"استجابات المشقة" Stress Responses، والمشقة Stress وسيلة للتمييز بين الطرق المختلفة التي تستخدم مصطلح المشقة:

- مصادر المشقة: هي الحدث الذي يفسره الأفراد على أنه مهدد لسلامتهم الجسدية أو النفسية.
- استجابات المشقة: تشير إلى الاستجابات الناشئة باعتبارها رد فعل لمصادر المشقة.
- المشقة: هي الحالة التي تحدث في أعقاب التفاعل بين موقف المشقة والاستجابة لها.

وبتوظيف هذا المصطلح، نتفق على أن المشقة أو مصادر المشقة تسبب استجابات في أجسامنا، هذه الاستجابات تصمم لمواجهة الموقف ومن خلال عملية مواجهة (أو عدم المواجهة) للموقف نكتسب خبرة المشقة؛ لذلك يمكن تعريف المشقة على أنها:

"استجابة جسمية عامة في البداية لمطالب مهددة خارجية أو داخلية، تنطوي على تعبئة جسمية ونفسية للتعامل معها". (Nieto et al., 2004; Cited in Montoro et al., 2009)

هذا التعريف يأخذ في اعتباره حقيقة أن المشقة يمكن أن تثار كاستجابة لمصادر مشقة جسمية، أو بيئية، أو نفسية، كما يقترح أن يُستخدم مصطلح "التهديد"

Threatening على أنه عنصر لتفسير الحدث الشاق. فمن الضروري التمييز؛ لأن كــل فــرد – كما سنرى لاحقًا – لا يستجيب بالطريقة نفسها إلى مصادر المشقة. وسنكــشف فـــي الجــزء التالي المسارات الجسمية والنفسية المختلفة التي يعتقد أن المشقة تؤثر علينا من خلالها.

*** كيف يمكن تأثير المشقة؟ How is stress operationalized :**

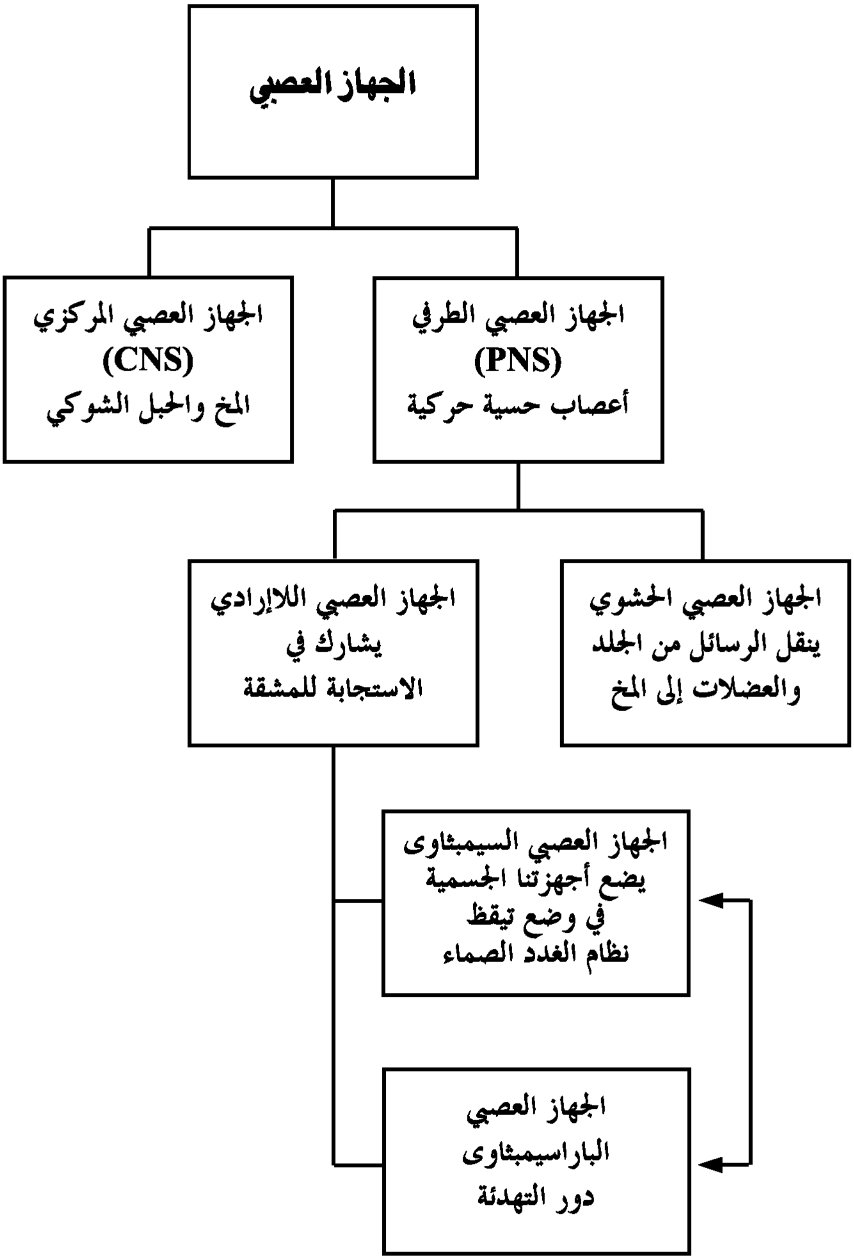
يــتم تأثيــر المشقة من خلال منظورين اثنين مختلفين: الجسمي والنفسي. وقد ركز الكثير من الباحثين على كيفية تأثير المشقة التي نشعر بها في أجسامنا، وعلى وجــه الخصوص استكشاف دور الجهاز العصبي The Nervous System. ولكننا نتذكــر من تعريف المشقة الذي أوجزناه سابقًا أنه يشتمل على عامل التفسير؛ ولذا فمــن الضروري النظر في الكيفية التي يمكن بها حدوث أثر نفسي بسبب المشقة؛ وســنركز أولاً علــى التفسير الجسمي والخطوط العريضة للجهاز العصبي والغدد الصماء. ثم ننتقل بعد ذلك إلى المسار النفسي.

– التفسيرات الجسمية: المشقة والجهاز العصبي:

الجهــاز العــصبي هو شبكة اتصال لأجسادنا (شكل ٦–١)، ودوره هو مراقبة الظــروف الداخلــية والخارجية، فالجهاز العصبي ينقسم إلى قسمين رئيسين: الجهاز العــصبي المركــزي The Central Nervous System (CNS) والجهــاز العصبي الطرفــي The Peripheral Nervous System (PNS) . والجهاز العصبي المركزي يــتكون مــن المخ والحبل الشوكي، في حين أن الجهاز العصبي الطرفي يتكون من الأعصاب الحسية والحركية التي تشارك في نقل الموصلات الكيميائية المعروفة باسم "المرسلات العصبية" Neurotransmitters، التي تقوم بدور الرسل وتأخذ المعلومات عــن الظــروف الداخلية والخارجية لأجزاء مختلفة من أجسامنا. أما الجهاز العصبي الطرفــي، فيتكون من جزأين: الجهاز العصبي الحشوي The Somatic Nervous System والجهاز العصبي اللاإرادي The Autonomic Nervous System (ANS). ويقــوم الجهــاز العصبي الحشوي بنقل الرسائل الصادرة من الجلد والعضلات إلى المخ، أما الجهاز العصبي اللاإرادي فيرى الباحثون أنه هو المشارك في المقام الأول في الاستجابة للمشقة.

وينقــسم أيــضًا الجهــاز العــصبي اللاإرادي إلى نظامين: الجهاز العصبي السيمبثاوي The Sympathetic System (SNS) والجهاز العصبي الباراسيمبثاوي

The Parasympathetic System. وبدون تعقيد (فهناك كتب متخصصة في شرح هـذه الأجهزة بشكل أكثر تفصيلاً)، ينشط الجهاز العصبي السيمبثاوي أثناء حالات الطوارئ، أو يدرك أنها حالات طوارئ، ونتيجة تنشيط الجهاز العصبي السيمبثاوي تحـدث زيـادة في اليقظة والاستثارة والتعبئة، وتُسمى هذه الاستجابة في كثير من الأحـيان بجهاز المحاربة أو المكافحة" the fight or flight system، حيث تستعد أجـسامنا إمـا إلـى محاربة مصادر المشقة أو الفرار منها، وهذا يعني أن الجسم يحـتاج إلـى أن يكـون مستعدًا لنشاط رئيس. وتشمل الآثار التي نشعر بها عندما ينشط هذا الجهاز زيادة في معدل ضربات القلب، وزيادة في التنفس، وزيادة نشاط الغـدد العرقية. وفي المقابل، يعمل جهاز الباراسيمبثاوي على تهدئة استجابة الجسم والاسـترخاء ورجوع أنظمتنا الجسمية مرة أخرى إلى التوازن والوظيفة الطبيعية. ويعمـل هـذان الجهـازان (الجهـاز العـصبي الـسيمبثاوي والجهـاز العصبي الباراسـيمبثاوي) معًـا علـى الحفاظ على التوازن من خلال عمل أحدهما وإكمال الآخـر. ولمـزيد من التفصيل عن الجهاز العصبي ودوره فيما يتعلق بالمشقة، قدم كـتاب "روبرت سابولسكي" Robert Sapolsky (١٩٩٨) بعنوان "لماذا لا يصاب الحمـار الوحـشي بالقـرح" Why Zebras Don’t Get Ulcers وصـفة للجهاز العصبي بشكل بسيط للغاية. ومع تعدد أغراض كتاب "روبرت سابولسكي"، ركزنا هـنا فقط على المكونات المختلفة للجهاز العصبي السيمبثاوي بشكل مختصر، فكل عنصر منها يسهم في الاستجابة إلى مصادر المشقة، وسنركز على الجهاز العصبي الـسيمبثاوي؛ لأنـه ينشط عندما نفسر الموقف أو الحدث باعتباره مصدرً محتملا للمشقة.



شكل (٦-١) تمثيل الجهاز العصبي

- **المشقة وجهاز الغدد الصماء:**

جهــاز الغدد الصماء The Endocrine System هو جهاز الغدد التي تشارك أيضًا في الاستجابة للمشقة؛ حيث يفرز جهاز الغدد الصماء – الذي يوجد أعلى كل كلية – هرمونات مختلفة في الجهاز الدوري؛ وبالتالي يمكن إرسالها إلى كل أجزاء الجسم.

- **المشقة وجهاز الغدة النخامية – الغدة الكظرية:**

الغــدد الكظرية The Adrenal Glands توجد أيضًا أعلى كل كلية، جنبًا إلى جــنب مــع الغدد الصماء. وتنتج الغدد الكظرية أيضًا هرمونات استجابة للمشقة، ويحــدث هــذا نتــيجة للرسائل التي تبدأ من المخ. وعندما نفسر الشيء باعتباره مــصدرًا للمشقة، تنشط أجزاء في المخ لإرسال الرسائل التي تهيئ الجسم للتعامل مع مصادر المشقة. وتُعرف المنطقة في المخ المسئولة عن المرحلة الأولى في هذه العملية باسم "الهيبوثلامس" Hypothalamus، حيث ترسل رسالة في هيئة هرمون مــن القشرة الأمامية Corticotrophin-Releasing Factor إلى منطقة أخرى في المــخ تــسمى الغدة النخامية The Pituitary التي ترسل رسالة إلى الغدد الكظرية، وتكــون هــذه الرسالة في شكل هرمون القشرة الكظرية Adrenocorticotropic Hormone (ACTH)، وعــندما يصل هرمون القشرة الكظرية إلى الغدد الكظرية، يــتم تنشيطها لإنتاج هرمونات Glucocorticoid Hormones، وأكثرها شيوعا هو مــا يــسمى "الكورتيــزول" Cortisol. ويــسمى "الكورتيزول" في بعض الأحيان "بهــرمون المــشقة" Stress Hormone؛ حيث يطلق "الكورتيزول" باعتباره رسالة لتحــضير الجسم للتعامل مع مصادر المشقة. ويعرف هذا النظام بجهاز النخامية – الكظرية.

- **المشقة ومسار السيمبثاوي – النخاعي:**

نخــاع الكظرية (جزء من الغدد الكظرية) مسئول عن إطلاق سراح اثنين من الهــرمونات فــي الجــسم، يــسميان "الأدرينالين" Adrenaline و"النورادرينالين" Noradrenalin، ويــسمي الأمــريكيون هــذه الهــرمونات بــــ "Epinephrine" و"Norepinephrine" على التوالي. والمسئولية الرئيسة لهذه الهرمونات هي زيادة ضــغط الدم ومعدل ضربات القلب، حيث يعمل الجهاز العصبي السيمبثاوي بشكل ســريع جدًّا، ويتطور لكونه وسيلة لخروجنا من المواقف الخطيرة في أسرع وقت ممكن.

ومن الواضح من الوصف المختصر للاستجابات الجسمية لمصادر المشقة أن أجسامنا تطور سلسلة من الاستجابات عندما تكتشف التهديد أو مصدر المشقة، ولكن لم تذكر هذه النماذج والتفسيرات للاستجابة للمشقة موضوع كيفية تفسير المنبهات باعتبارها مشقة. وهذا الجانب هو الذي ننتقل إليه الآن.

- المشقة والعوامل النفسية:

وضعت نماذج مبكرة لتفسير كيفية استجابتنا للمشقة ارتكازًا على استجابة الجسم الفسيولوجية لمصادر المشقة. وعلى الرغم من ذلك، فقد فشلت في أن تأخذ في الاعتبار دور العوامل النفسية.

ومن أحد النماذج المعروفة "متلازمة التكيف العام" General Adaptation Syndrome (GAS) (Selye, 1956)، ويرى نموذج "متلازمة التكيف العام" أننا نستجيب تلقائيًا إلى مصادر المشقة في ثلاث مراحل:

١- مرحلة الإنذار The Alarm Stage عندما نعبئ مصادرنا لمقابلة مصدر الضغط أو مقاومته.

٢- مرحلة المقاومة The Resistance Stage وتشمل جهودنا المبذولة لمواجهة مصدر المشقة، كما نحاول أن تكون انعكاسًا لمرحلة الإنذار.

٣- مرحلة الإنهاك The Resistance Stage ونصل إليها عندما نتعرض بشكل متكرر للموقف الشاق الأساس، ونصبح غير قادرين على المقاومة أكثر من ذلك.

ويفترض نموذج "متلازمة التكيف العام" أننا نستجيب بالطريقة نفسها لمصادر المشقة، وعلى هذا النحو، تم انتقاد هذا النموذج لفشله أن يأخذ في الاعتبار ميل الإنسان لتفسير الحدث نفسه وإدراكه من وجهات نظر مختلفة؛ الأمر الذي يؤدي إلى الاستجابة المختلفة لمصدر المشقة نفسه.

وقد طور كل من "هولمز" Holmes و"راهي" Rahe (١٩٦٧)، منحى آخر لتفسير المشقة، حيث طورا مقياس أحداث الحياة، الذي يتكون من قائمة التغيرات الحياتية وأحداث الحياة، مثل وفاة الزوج، أو مغادرة الابن أو الابنة المنزل، أو الحمل، أو الإجازة. ويعطى للمشاركين لتسجيل أي من الأحداث / التغيرات التي واجهتهم، كما يسجلون مستوى المشقة ببساطة عن طريق حصر عدد الأحداث التي مروا بها. والمنطق هنا أن الأفراد الذين مروا بعدد أكبر من الأحداث أو التغيرات يكونون أكثر شعورًا بالمشقة. وعلى الرغم من أن هذا المنهج لم يأخذ في اعتباره الفروق في الإدراك المختلف لأحداث الحياة، فإن الأفراد الذين تعرضوا لوفاة

الــزوج ووفــاة أحــد أفراد الأسرة المقربين قد يسجلون درجتين، كشخص حصل مؤخـــرًا علـــى إجازتـــين. ويمكـــن هذا بالطبع؛ لأن الفرد الثاني قد تكون إجازته مروعة، ولكن سيكون من الصعب زعم أن مستويات المشقة تكون متماثلة للأحداث المختلفة. وعلاوة على ذلك، فإن هذا المنهج فشل في أن يأخذ في الاعتبار الفروق بين الإدراكات الفردية، فالفرد – على سبيل المثال – الذي يمر بخبرة وفاة زوجته ينظـــر إلى حالته على أنها حالة مزعجة بشكل رهيب، وموقف شاق، في حين أن شخصًا آخر ربما يرافق زوجته المريضة خلال مرحلة المرض المميتة، ويرى أن الـــوفاة راحة، وهكذا ينظر إلى الحدث على أنه أقل مشقة. وبالمثل، قد تكون خبرة الطـــلاق تجـــربة معقدة، أو ربما تكون حدثًا إيجابيًا وتحرريًا، خاصة عندما يشار للعلاقة الزوجية بأنها غير مُرضية؛ وبالتالي فإن الإدراك له أهمية كبيرة في عملية تحديد مصادر المشقة.

ومـــع الأخـــذ فـــي الاعتـــبار هـــذه المفاهيم الخاصة بالتفسير والإدراك، قدم "لازاروس" Lazarus و"لونيـــر" Launier (١٩٧٨) وصفًا للمشقة بأنها ناتجة عن قـــصور في الملاءمة بين الفرد والبيئة Person-Environment Fit. ويقصد بذلك أنـــه إذا ما واجه الأفراد موقفًا خاصًا شاقًا، فإن كمية المشقة التي يشعرون بها يتم تحديـــدها من خلال إدراكهم للمطالب الشاقة. وبعبارة أخرى، لكيفية حساب المشقة يـــتم الجمـــع بين مدى ثقة الأفراد في قدرتهم على مواجهة هذا الموقف الضاغط، وتحـــدد هـــذه العملية الحسابية الاستجابة للمشقة التي تؤثر على كمية المشقة التي نـــشعر بهـــا، وبالتالـــي ينتج عن التناسب الجيد بين الفرد – البيئة أقل مشقة أو لا مـــشقة، فـــي حين أن التناسب السيئ بين الفرد – البيئة ينتج عنه الشعور بالمشقة المـــرتفعة. ومع مواصلة بناء هذا العمل، وضع "لازاروس" و"فولكمان" Folkman (١٩٨٤) نموذج معاملات المشقةA Transactional Model of Stress، الذي يؤكد علـــى إدراك الـــضرر المحتمل، فيتكون الأذى والتحدي جنبًا إلى جنب مع مستوى الـــثقة فـــي التعامل مع مصادر المشقة؛ فاستنتجا أن تفسير المشقة أكثر أهمية من الأحـــداث نفـــسها، ووصفا المشقة بأنها العلاقة بين الفرد والبيئة التي يدركها الفرد علـــى أنهـــا تفـــوق إمكانياته. ويقدم هذا المنهج للمشقة منهجًا للمعاملات، حيث إن الـــتفاعل بـــين الأفراد وبيئتهم هو نتيجة (أو لا نتيجة) المشقة. وقد تم تحديد ثلاثة أنواع من التقييم حسب الدور الذي يقوم به:

١- **التقيـــيم الأولي Primary Appraisal**: حيث نفسر أولاً موقفنا في مصطلحات كيفـــية الاعـــتقاد بأنه يؤثر على حياتنا. وبالتالي نقرر في مثل هذا التقييم أن

الموقف إما "لا صلة له بالموضوع"، أو "حميد إيجابي"، أو "ضار ومهدد"، أو "ضار ومتحدٍّ" لحياتنا.

٢- **التقييم الثانوي Secondary Appraisal**: ناقش "لازاروس" أن الحدث يحتاج لتقييم مشقته قبل أن تصدر استجابة المشقة(quoted in Ogden, 2007: 227)، وبعد تقييم الموقف بأننا نجد أنفسنا في حالة شاقة، نشارك في عملية سؤال أنفسنا عن كيفية إمكان التعامل بشكل أفضل مع هذا الموقف الشاق، ونهتم بالبحث عن المصادر التي نحتاجها للتعامل مع هذا الموقف بنجاح، وتقييم ما إذا كانت لدينا هذه المصادر فضلاً عن الثقة في استخدامها.

٣- **إعادة التقييم Reappraisal**: أخيرًا، نقوم بعمل تقييم آخر لموقفنا ولاستجابتنا له من خلال دمج المعلومات الجديدة والمتغيرة المتاحة.

فقد أخذ منحنى "لازاروس" و"فوكمان" (١٩٨٤) في اعتباره دور الحالة النفسية للفرد، فالافتراض الرئيس هو أن خبرة المشقة عندما ندرك الضرر أو التهديد مرتفعة، ولكن إدراك قدرة المواجهة منخفضة؛ فالمشقة ناتجة عن عدم التطابق بين المطالب المدركة والمصادر.

الموجز:

يبدو أن كلا من علم الفسيولوجي وعلم النفس يلعبان دورًا مهمًا في المشقة، حيث من الصعوبة تعريف المفهوم. فكل من علم الفسيولوجي وعلم النفس يرتبطان معًا؛ فكما عرضنا أن العمليات الفسيولوجية تبدأ بمجرد أن يفسر المخ الإشارات الصادرة عن الموقف، فالطريقة التي نفسر بها هذه الإشارات ترتبط بعملياتنا النفسية للتفسير والإدراك. وفي الجزء التالي، يتوجه اهتمامنا نحو تحديد مصادر المشقة المحتملة.

*** مصادر المشقة Sources of stress :**

إذا تذكرنا أن إدراكنا للأحداث يؤثر في تفسيرنا لها بأنها شاقة أو لا، فستصبح المصادر المتاحة للمشقة غير محدودة. ولكن قبل التركيز على مصادر المشقة المتاحة، من الضروري أولاً تسليط الضوء بشكل مختصر على الفروق بين المشقة الحادة والمزمنة:

- **المشقة الحادة Acute Stress**: هي التي تميل إلى أن تكون حدثًا وشيكًا وقصيرًا نسبيًا في الطبيعة، وتشمل الامتحانات إضافة إلى الكوارث الطبيعية مثل الزلازل والأعاصير وحرائق الغابات.

- المـــشقة المـــزمنة Acute Stress: هي مصطلح يتميز بفترة زمنية أطول في الطبيعة، مثل الخبرة في الاستجابة لمرض طويل الأجل.

فقـــد توجه انتباه الباحثين نحو التركيز على مصادر المشقة المزمنة الممكنة، وفـــي الواقـــع لاحظ "جيرينج" Gurung (٢٠٠٦) أن الباحثين يميلون إلى التركيز علـــى ثلاثة مجالات مختلفة: العلاقة، والعمل، والبيئة. وننتقل الآن إلى عرض هذه المجالات الثلاثة.

١- مشقة العلاقة Relationship Stress:

الـــتفاعل مـــع الآخـــرين قد يكون شاقًا. ففي مجرى حياتنا نتفاعل مع الأسرة والأصـــدقاء والـــرفقاء والعـــشاق والأزواج والجيـــران والزملاء، ...إلخ. ويكون الصراع في هذه العلاقات كافيًا لشعورنا بالمشقة. وقد ركز كثير من الأبحاث على العلاقـــة الـــزوجية، فعلى سبيل المثال أخذ "كيكولت – جلاسر" Kiecolt-Glaser وزمـــلاؤه (٢٠٠٣) مقايـــيس فـــسيولوجية من ٩٠ زوجًا خلال السنة الأولى من زواجهـــم، ثـــم تابعـــوا ذلك بعد ١٠ سنوات؛ فلاحظوا أن المقاييس ترتبط بالرضا الزواجي. وقد أخذت هذه المقاييس في اعتبارها الفواصل الزمنية للمتابعة عبر كل هذه السنوات.

٢- مشقة العمل Work Stress:

تقـــريبًا يـــشعر كـــل العاملين بالمشقة المرتبطة بالعمل، والتي قد تكون نتيجة وجود الكثير من الأعمال التي يجب القيام بها، والأمر كذلك على العكس (لا يوجد قدر كاف من العمل)، وبدلاً من ذلك، ربما تعاني من التمييز أو المضايقة، أو ربما لا تصل إلى التقدير المطلوب، أو لا تستطيع التحكم فيما عليك القيام به من العمل. ويمكـــن تصنيف هذه العوامل المختلفة إلى: "مطالب الوظيفة"Job Demands وهي الظـــروف التي تؤثر على الأداء، و"الحكم الذاتي للوظيفة" Job Autonomy وهى قدرة تحكم الأفراد في مدى سرعة القرارات التي يتم اتخاذها في العمل أو طبيعتها، وترتبط كل هذه العوامل مع خبرة المشقة. وهكذا، وبالطريقة نفسها قد تنشأ المشقة عـــن عدم التطابق بين المطالب المدركة والمصادر، ويُقترح نموذج مماثل لتفسير مـــشقة العمل، حيث طرح الباحثون النظريات التي تكشف مدى الملاءمة بين الفرد والبيـــئة، حـــيث تـــرى مثل هذه النظريات أن تجاوز مطالب العمل مهارات الفرد العامل ينتج عنه مشقة.

وإذا شعرنا بمشقة العمل، فإن النواتج بعيدة المدى لا تتوقف فقط على شخصنا نفسه، بل تمتد لتشمل زملاءنا، وكذلك عائلاتنا، والعلاقات خارج بيئة العمل. وعلى

سبيل المثال، طلب "دوماس" Doumas وزملاؤه (٢٠٠٣) من الأزواج الحفاظ على مذكـــراتهم خـــلال فتـــرة ٤٢ يومًا، وبعد تحليل هذه المفكرات اليومية، تمكنوا من إظهـــار أن الأزواج ذكـــروا أن تفاعلاتهم أكثر إيجابية مع زوجاتهم في الأيام التي كانـــوا يعملـــون فيها بدرجة أقل، بمعنى أن خبرة الشعور بالمشقة في العمل تؤثر على مجالات أخرى في حياتنا.

٣- مشقة البيئة Environment Stress:

البيئة التي نعيش فيها قد تجعلنا نشعر بالمشقة أو تيسر استرخاءنا؛ فالإقامة أو العمـــل في بيئة مملوءة بالضوضاء تزيد من المشقة التي نعاني منها، لاسيما عندما تكون الضوضاء غير متوقعة. وهناك عوامل أخري تشمل عدم وجود مساحة كافية للحـــرية الشخـــصية، فضلاً عن مستويات عالية من التلوث، وكلاهما يسبب زيادة شعور الأفراد بالمشقة والإحباط. فقد كشف الباحثون أيضًا تأثير الكوارث الطبيعية، مـــثل الفياضـــات والزلازل والأعاصير على الناجين. أما النوع الثالث من المشقة البيئـــية التـــي تـــم بحـــثها باعتبارها "مصادر المشقة التكنولوجية – السياسية" A Techno-Political Stressor، فتـــشمل حوادث مصنع للمواد الكيميائية والحروب والأعمال الإرهابية.

الموجز:

تزداد المشقة (سواء الحادة أو المزمنة) من مصادر مختلفة. وقد ركزت الكثير مـــن الـــبحوث على المشقة المزمنة، ووجهت على وجه الخصوص الاهتمام نحو مـــصادر المـــشقة فـــي العلاقة والعمل والبيئة؛ وذلك في محاولة لاكتشاف الآثار المحتملة لمواجهة مواقف المشقة طويلة المدى.

ونـــتجه في الجزء التالي إلى موضوع كيفية قياس هذه العمليات الفسيولوجية والنفسية التي توظف عندما نواجه مصادر المشقة.

*** كيف يمكن قياس المشقة؟ How can we measure stress? :**

عـــند النظـــر في موضوع السؤال عن كيفية قياس المشقة، من الضروري أن نفكر في البيئة التي ستقاس فيها المشقة. فبعض الباحثين يقيسون المشقة في البيئات الطبيعـــية، وبعـــبارة أخـــرى في بيئات العالم الواقعي، ولنفعل هذا، فإنهم يقيسون اســـتجابات المـــشقة للحدث قبل الامتحانات وبعدها، أو أثناء عمل مقابلة، أو ربما خـــلال المشاركة في النشاط البدني. ومع ذلك، تُجرى الكثير من بحوث المشقة في

بيـــئة المختبر، حيث ينطوي ذلك على حضور الأفراد داخل بيئة مُحكمة، ويُدعون لتكميل المهمة الشاقة. والميزة في بيئات المختبر أنها يمكن التحكم فيها، وهذا يعني أن أي تغيـــرات فـــي اســـتجابة المشقة المُسجلة يمكن عزوها للفرد نفسه بدلاً من مـــصادر المـــشقة ذاتها. وكما هو الحال دائمًا، فهناك مميزات وعيوب لأي منهج يوظـــف، والمهم هو أن يتم التعرف على القصور المحتمل، وكيفية إمكانية التحكم فيه.

أمـــا فـــيما يختص بأنواع المهام الشاقة التي وظفها الباحثون في بيئة المختبر لإعداد استجابة المشقة، فالأمثلة تشمل تعريض المشاركين لأحداث غير سارة مثل الـــضوضاء المرتفعة، أو الطلب من المشاركين وضع أيديهم في دلو فيه ماء مجمد وإبقاءها فيه لفترة طويلة كلما أمكن (يُعرف باسم اختبار رافع ضغط البرودة The Cold Pressor Test). أو قد يطلب من الأفراد المشاركة في مهام خاصة بالذاكرة، أو اختـــبارات الهجـــاء، أو الـــتحدث أمام الجمهور، أو مهام حسابية يعقبها صوت جرس عال في حالة إعطاء المشاركين إجابات غير صحيحة.

- المقاييس الفسيولوجية للمشقة Physiological Measures of Stress:

تستخدم في الغالب المقاييس الفسيولوجية للمشقة في المختبر؛ لأنها تنطوي في كثير من الأحيان على اتصال المشاركين عن طريق الأسلاك بالأجهزة المختلفة من أجـــل القـــياس، وذلـــك مثل قياس ضغط الدم، أو معدل التنفس، أو معدل ضربات القلـــب، أو الاستجابة الكهربائية للجلد. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤخذ عينات من الدم أو اللعاب لقياس مستوى التغيرات التي طرأت على الجهاز العصبي، مثل قياس التغيرات في مستويات الكورتيزول.

- مقاييس التقرير الذاتي للمشقة Self-Report Measures of Stress:

هـــناك مجمـــوعة مـــن مقاييس التقرير الذاتي التي تمكن الباحثين من قياس المـــشقة، فـــبعض الباحثين لا يزالون يستخدمون مقاييس أحداث الحياة مثل مقياس "هولمـــز" و"راهي" (١٩٦٧)، الخاص بقياس التقرير الذاتي لخبرة أحداث الحياة في فتـــرة زمنـــية معيـــنة. وهناك مقاييس أخرى تأخذ في اعتبارها الإدراكات الفردية للمـــشقة، ومـــنها مقـــياس توازن العمل والحياة the Work-Life Balance Scale (Gropel and Kuhl, 2009)، وقائمـــة اســـتثارة المـــشقة the Stress Arousal Checklist (Mackay et al., 1987)، ومقـــياس التأثيـــر الإيجابـــي والسلبي the positive and Negative Affect Scale (PANAS) (Watson et al., 1988)، ومقياس المضايقات اليومية the Daily Hassles Scale (Kanner et al., 1981).

١- مقياس توازن العمل والحياة:

يُقدر مقياس توازن العمل والحياة الكفاية المدركة للوقت المتاح للعمل والحياة الاجتماعــية علـــى التوالـــي. وتشمل البنود: "أزور في كثير من الأحيان أصدقائي ومعارفـــي"، "بسبب عملي لا أجد وقت فراغ"، "في وقت فراغي لا أزال أتعامل مع واجبات عملي". وقد ذكر "جروبيل" Gropel و"كوهل" Kuhl (٢٠٠٩) أن التكامل بـــين العمل والحياة الاجتماعية أمر بالغ الأهمية، وأن التوازن بين العمل والأدوار الاجتماعية أصبح مسهمًا قويًا فيما نشعر به. وباختصار، عندما نواجه مشكلات في تحقـــيق التوازن بين مطالب حياتنا المختلفة، نشعر بالمشقة. وهكذا، تم استنتاج أن قياس الصراع بين العمل والحياة يساوي قياس المشقة.

٢- قائمة استثارة المشقة:

تحـــتوي قائمـــة اســـتثارة المـــشقة قائمة بها ١٩ كلمة، مثل "متوتر"، و"قلق"، و"عـــصبي"، إضـــافة إلى فئات الاستجابة التالية: "أشعر بالتأكيد"، "أشعر قليلاً"، "لا اســـتطيع أن أقرر"، "بالتأكيد لا أشعر". والفكرة من وراء هذا المقياس هو أن يطلب مـــن المـــشاركين إكمالـــه وهم يمرون بخبرة أثناء إنتاج مصدر مشقة في المعمل، ويطلـــب من المشاركين توضيح ما إذا كانوا يشعرون بأي انفعالات أثناء استكمال القائمـــة، ويكـــون البند الأكثر اتفاقًا عليه لدى المشاركين أكثر ارتفاعًا في تسجيل المشقة.

٣- مقياس التأثير الإيجابي والسلبي:

على الرغم من أن مقياس التأثير الإيجابي والسلبي لا يُعد عادة مقياسًا للمشقة، فقـــد اســـتخدمه "وديكـــسترا" Dijkstra وزملاؤه (٢٠٠٩) في دراستهم لاستكشاف التغيـــرات في المشقة عند البالغين الأصغر والأكبر سنًا، فشرحوا أن مقياس التأثير الإيجابـــي والسلبي يقيس المزاج، والعلاقات بين درجات المشقة المدركة وانخفاض التأثير الإيجابي، فضلاً عن درجات المشقة المدركة وزيادة التأثير السلبي، التي تم تـــسجيلها مـــن قبل "سيمبسون" Simpson وزملاؤه (٢٠٠٩). كما ناقش "ديكسترا" وزمـــلاؤه (٢٠٠٩) افتـــراض المـــشقة بأنها تحدث عندما يقدر المشاركون بدرجة منخفضة على التأثير الإيجابي وبدرجة مرتفعة على التأثير السلبي.

٤- مقياس المضايقات اليومية:

لاحـــظ "مـــارك فورشـــاو" (٢٠٠٢: ٦١) أن الحياة تتكون من "أشياء كبرى" تحـــدث لنا و"أشياء صغرى"، وعادة عندما نستعرض الأشياء التي تحدث لنا، فإننا

نخبـــر ببعض الأشياء الكبرى والكثير من الأشياء الصغرى. والواقع أن الكثير من مشقتنا تأتى من الأشياء الصغرى التي نخبر بها.

والأشياء الصغرى هي الأشياء التي تختبر صبرنا أو قدرتنا على التحمل، مثل الانـــتظار في طوابير، انتظار الحافلات، ترك المظلة الخاصة في يوم ممطر .... وهكـــذا. فهـــي ليست "مضايقة يومية" في حد ذاتها، ولكن مدتها وشدتها هما اللتان تنـــتجان مصدر المشقة، خلافًا لأحداث الحياة الكبرى مثل التي ركز عليها "هولمز" و"راهـــى" (١٩٦٧)، فالمـــضايقات اليومية للفرد لا تتطلب تكيفًا كبيرًا معها. ومع ذلـــك، فإن تأثير المضايقات يعتقد أنه ينتج مشقة إذا كانت هذه المضايقات متكررة أو مـــزمنة أو تتكـــرر عبـــر الزمن. ولقياس هذه الفكرة، صمم "كاننير" Kanner وزملاؤه (١٩٨١) مقياس المضايقات، الذي طوره "ديلونجيز" Delongis وزملاؤه (١٩٨٨) فـــي وقت لاحق إلى مقياس المضايقات والمتاعب، حيث دعوا المشاركين أولاً لتقديـــر ما إذا كانت هذه الأحداث مضايقة أم لا، ثم وصفها في الخطوة التالية إمـــا بالحـــدث الضاغط أو بالحدث الإيجابي. وقد وجد أن هذا المقياس يرتبط بقوة بالنتائج العقلية والجسمية السلبية، حتى لو أخذت أحداث الحياة الكبرى في الاعتبار (Morrison and Bennett, 2009: 320).

والمـــشكلة الأولـــى في هذا المقياس أنه مقياس استرجاعي Retrospective، ويعـــتمد علـــى قدرة المشاركين في تذكر الأشياء بدقة. والمشكلة الأخرى أنه من المـــستحيل العمـــل بدون ما أن تسبب المضايقات لنا مشقة، أو أن مستويات مشقتنا تـــسبب لـــنا إدراك المضايقات على أنها مشقة. إضافة إلى أن النتائج أظهرت عند اختـــبار المقياس أنه على الرغم من أن اختلاف الأفراد لم يؤثر على إدراكهم لعدد الأحداث الشاقة ووزنها، فإن خبرتهم بالنواتج الصحية تباينت. وهذا يقود إلى سؤال هـــو: هل هناك عوامل أخرى تعدل من استجابتنا للمشقة؟ وهذا هو الموضوع الذي سنعود إليه في الفصل السابع.

- المنهج المجمع لقياس المشقة Combined Approach to Measuring Stress:

اتخـــذ كثيـــر من الباحثين المنهج المجمع لقياس المشقة مفضلين أخذ كل من المقايـــيس الفـــسيولوجية ومقاييس التقرير الذاتي. ومع ذلك، فقد لاحظت "أوغدن" (٢٠٠٧) أنـــه على الرغم من أن المشقة تعكس كلاً من الخبرة (الإدراك والتفسير) والتغيـــرات الفسيولوجية الأساسية مثل معدل ضربات القلب، ومستوى الكورتيزول الـــذي يحدث، فالغريب أن مجموعتي المقاييس لا تتفق غالبًا. حيث سلطت "أوغدن" الضوء على عمل "لوهيس" Lohaus وزملائه (٢٠٠١)، الذين وجدوا انخفاضًا في

الارتباط بين المقاييس الفسيولوجية والإدراكية للمشقة المُسجلة من المشاركين فيها، فأشـــارت "أوغدن" (٢٠٠٧ : ٢٣٤) إلى أن هذا ربما يعكس في الواقع نوع مصدر المشقة، واقترحت ما يأتي:

"المقايـــيس الفسيولوجية ربما لا تتطابق مع مقاييس التقرير الذاتي حينما يُدرك مصدر المشقة الذي يتعرض إليه الأفراد على أنه يمكن التحكم فيه، أو عندما يعتبر تهديـــدًا أكثر من كونه تحديًا، أو عندما يعتمدون استراتيجيات المواجهة على وجه الخصوص".

الموجز:

هناك عدد كبير من الأساليب لقياس المشقة أكثر من التي عرضنا لها في هذا الفـــصل، ولكل أسلوب مزاياه وعيوبه، وحتى الآن، لم يستخدم أحدها بشكل منفرد ليعطـــي وصـــفًا كاملاً للتعقيد الخاص بالمشقة. ولقد رأينا أن المقاييس الفسيولوجية تـــسجل الطـــرق المختلفة التي يستجيب بها الجسم للحدث الشاق، ربما عن طريق تـــسجيل تغيرات الهرمونات أو ضغط الدم، في حين أن المقاييس النفسية تؤكد دور قـــياس التفـــسير والإدراك. كما لاحظ "موريسون" Morrison و"بينيت" Bennett (٢٠٠٩ : ٣٤٤): "أن تعـــدد الـــبحث في المجال توصل إلى معرفة أن المشقة هي خبـــرة ذاتية، وقياسها لا يمكن أن يتوقع بأن يكون علمًا دقيقًا". مما يفسر القصور في قدرتنا على تعريف المشقة وقياسها، وبالتالي يتجه اهتمامنا الآن إلى العمل الذي قام به الباحثون لمحاولة فهم كيفية تأثير المشقة علينا.

*** كيف تؤثر المشقة علينا؟ How might stress impact on us? :**

بعـــد إبـــراز الطـــرق المختلفة التي تمكننا من قياس المشقة، ننتقل الآن إلى استكشاف الأثر المحتمل الذي يمكن أن تحدثه المشقة فينا. وقد ركز الباحثون على ثلاثـــة مجـــالات مخـــتلفة: المعرفي (قدرتنا على التفكير والاستدلال)، والسلوكي (الطـــريقة التـــي نتـــصرف بها تحت المشقة)، الفسيولوجي (كيفية تأثير استجابتنا الجسمية في زيادة احتمال أن نمر بخبرة الإصابة بالمرض).

١- المعرفي Cognitive:

اســـتطاع الباحثون اكتشاف قدرتنا على التفكير السوي عندما نكون تحت تأثير المـــشقة، ويـــبدو ذلك واضحًا - على سبيل المثال - في قدرتنا على تذكر أجزاء مهمـــة مـــن المعلومات، وفي الطريقة التي نفكر بها في أنفسنا، وفي الطرق التي نؤديها لاتخاذ القرارات.

- التقييمات الذاتية السلبية Negative Self-Evaluations:

هـناك مـيل بين الطلاب إلى أن يكونوا قساة على أنفسهم عندما يفشلون في الوصـول إلـى الهدف المطلوب، حيث لاحظ "تيلي" Neely وزملاؤه (٢٠٠٩) أن طلابهـم أحـيانا لا يغفـرون لأنفسهم فشلهم، فكثير من طلابهم يبدون أيضًا غير قادرين على رؤية أنهم لا يعملون في اتجاه هدف واحد فقط، فنحن في الحياة نعمل جمـيعًا مـن أجل عدد من الأهداف المختلفة، والمطالب التنافسية. إن التخلي عن بعـض الأهـداف أمـر لا مفـر منه من أجل تحقيق أهداف أخرى؛ فأراد "تيلي" وزمـلاؤه (٢٠٠٩) لأنهـم مدرسـون استكشاف ما إذا كان بالإمكان أن يدرسوا لطلابهـم كيفية تحديد الأهداف وتنظيم الأهداف التنافسية، وبذلك تُعدل ردود فعلهم نحو مشقة لخبطة المطالب التنافسية.

الـشفقة الذاتية Self-Compassion – وتُسمى في بعض الأحيان بـ"العطف الذاتي" Self-Kindness – عرفها "نيف" Neff (٢٠٠٣) من قبل بأنها "نمط صحي للتقـبل الذاتي، الذي يشمل الميل نحو معاملة الذات بعطف في مواجهة عدم الكفاءة المدركـة". وقـد وضح "تيلي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن الأفراد الذين يتسمون بالشفقة الذاتـية لـديهم القدرة على مواجهة أفكارهم المؤلمة دون تهاون أو مبالغة، وإدارة خيـبة أملهـم وإحـباطهم مـن خلال كبت كل من الشعور الذاتي بالشفقة والخيال المأسـاوي (المـيلودراما Melodrama). فالشفقة الذاتية يحتمل أن تكون شكلاً من أشـكال تنظيم استجابتنا للمواقف الشاقة، حيث كشف "تيلي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن الأفـراد الـذين يتسمون بالشفقة الذاتية أكثر تدبرًا للمشقة من الذين لديهم قدرة أقل علـى الـشفقة الذاتية، كما وجدوا أن الشفقة الذاتية هي في الواقع مهارة ضرورية عـندما نـواجه المواقـف الـشاقة. وفي سياق دراستهم، سألوا الطلاب استكمال الاسـتبيانات التـي تكـشف جيدًا عن كيفية مواجهتهم لعدم تحقيقهم أهدافهم؛ فعدم تحقـيق الأهـداف يُعد خبرة شاقة، وقد وجد "تيلي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن درجات الطلاب في الشفقة الذاتية تنبئ بتقييماتهم لكيفية وصفهم لاستجاباتهم لأحداث الحياة الحقيقية، وخلصوا إلى أنه في تعزيز الشعور بالشفقة الذاتية يستطيع الأفراد تجريد الجهـود مـن الأهداف المعلنة وإعادة توجيهها لتحقيق أهداف جديدة أكثر بروزًا؛ ولهذا ذكروا أن "الطلاب قد يكونون أكثر صحة عند عدم السعي بعناد نحو هدف له تكالـيف جـسمية ونفسية جوهرية ... وأكثر قدرة على جلب الشفقة الذاتية عندما يواجهون خيبات أمل وإحباطات قد تساعدهم على التمتع بمستويات أعلى من جودة الحياة" (p.96).

- صنع القرار Decision-making:

لاحـظ "بروسيللي" Porcelli و"دلجادو" Delgado (٢٠٠٩) أن الأفراد غالبًا يجبـرون علـى اتخـاذ قـرارات عندما يكونون تحت مشقة، فقد انتقدوا سماسرة الأوراق الماليـة الذين يصنعون أهم القرارات المالية في ظل قيود الوقت الصارم، والعمل في صخب، والبيئة التنافسية. فاهتموا باستكشاف إذا ما كان تعرضنا للمشقة مـن شـأنه أن يـؤدي إلـى صنع قرارات تتسم بمزيد من المخاطر، أو أن النمط النموذجـي فـي صناع القرار يصبح أكثر مقدرة على صنع القرار تحت المشقة، حيث عَرَّضوا المشاركين – وهم طلاب جامعة – إلى مهام صنع قرار يعتمد على الذاكـرة أو خاص بأمور مالية، سواء في ظل المواقف العادية أو الشاقة (مهمة في ظل رفع زيادة درجة البرودة)، فوجدوا أن المشقة تتداخل مع قدرة المشاركين على إنجـاز المهـام علـى نحو فعال؛ فاستنتجوا أن هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الـبحوث، فنـتائجهم تـنطوي على أن بيئة الفرد قد تتداخل مع قدرته على اتخاذ القـرارات، وبالتالي اقترحوا أن المخاطرة تصبح أكثر ورودًا تحت ضغط المشقة، ومن ثم فإن اتخاذ القرار ربما يصبح غير موثوق به.

٢- السلوكي Behavioural:

تـوجه الكثيـر من اهتمام علم النفس الصحي إلى الطريقة التي نستجيب بها عندما نكون تحت المشقة، ولا سيما إذا انخراطنا في السلوكيات الصحية الوقائية أو السلوكيات المضرة بالصحة، مثل الغياب المرضي وعادات الأكل غير الصحية.

- المشقة المرتبطة بالعمل والغياب المرضى

Work-Related Stress and Sickness Absence

عبء العمل المشترك مع المطالب النفسية والجسمية المدركة المرتفعة يرتبط بارتفاع مستويات المشقة، والأعراض المرضية، وزيادة الغياب المرضى (Lidwall and Marklund, 2006; Stansfield et al., 1999; Vingard et al., 2005). وبـوجه خـاص، فإن المطالب الجسمية والعقلية المدركة بشكل يفوق قدرة الفرد، تـصاحب العمل الشاق بدرجة كبيرة مع انخفاض القدرة على التحكم أثناء ساعات العمل، وترتبط بارتفاع مستويات الغياب المرضي(Ala-Mursula et al., 2005).

وفي دراستهم المستعرضة، تحقق "هولمجرين" Holmgren وزملاؤه (٢٠٠٩) مـن انتشار المشقة المرتبطة بالعمل وارتباطها بالصحة المدركة والغياب المرضي لـدى جمهور من العاملات. وفي هذه الدراسة، تم الفحص الصحي يوميًا لــ ٤٢٤ مـن النـساء، وقـد شـمل هذا الفحص المقابلة والاستبيانات والفحوص الجسمية

واختبارات الدم. وفي نهاية الفحص، قدم المشاركون الاستبيان الذي طلب منهم تكميله، وشملت الاستبيانات مقاييس خصائص العمل والمشقة المدركة.

وتتميز خصائص مكان العمل التي سجلها المشاركون بأنها شاقة؛ وذلك لأنها محدودة في التنظيم، وبها صراعات في العمل، ومطالب فردية، وقلة التزام، وتأثير منخفض في العمل، وتداخل بين العمل وأوقات الفراغ. وترتبط جميع هذه الفئات من المشقة المتعلقة بالعمل بشكل جوهري مع زيادة احتمالات شكاوى العاملات من الأعراض المرضية واحتمال زيادة خطر الغياب المرضي، وخلص الباحثون إلى أن المشقة المتعلقة بالعمل ذات الصلة بين هذا الجمهور تمثل موضوعًا مهمًا في مجال الصحة العامة.

وفي دراسة لها الهدف نفسه، فحص "مونش-هانسن" Munch-Hansen وزملاؤه (٢٠٠٩) العلاقة بين الرضا العام بظروف العمل النفسية والغياب المرضى، وافتراضوا أن الرضا المرتفع من شأنه أن ينعكس بموضوعية إيجابية على ظروف العمل النفسية، والتي بدورها تعزز الصحة، في حين أن انخفاض الرضا سيكون استجابة لتدني ظروف العمل، التي من شأنها أن تؤدي إلى التأثيرات السلبية على الصحة - وبتطبيق هذه النتيجة نجد أن زيادة الرضا ستقلل من المشقة، وبالتالي تخفض مستويات الأمراض. كما أنهم طبقوا مقاييس على عدد من الموظفين لتقدير الرضا عن ظروف العمل النفسية، وسجلوا مستويات الغياب المرضي خلال فترة الأشهر الستة السابقة لقياس الرضا عن مكان العمل بالإضافة إلى فترة الأشهر الستة التالية لهذا القياس، فوجدوا علاقة قوية بين المتغيرين: فازدياد الرضا يصاحبه انخفاض الغياب المرضي، وتوصلوا إلى أنه من المحتمل أن التحسن الطفيف في الرضا قد يخفض إلى حد كبير الغياب المرضي.

- سلوك الأكل غير الصحي والسمنة Unhealthy Eating and Obesity:

أظهرت الأبحاث أننا عندما نعاني من المشقة، غالبًا ما تتغير أنظمتنا الغذائية، سواء من حيث النوعية أو الكمية (Louis et al., 2009)، حيث يقلل معظمنا كمية الأكل عندما يشعر بالمشقة (e.g. Adam and Epel, 2007; Ogden and Mitandabari, 1997; Pollard et al., 1995)، لكن بعض الأفراد يستجيبون للمشقة بالأكل أكثر من المعتاد(e.g. Ingledew et al., 1996). ويعتقد أن خبرة المشقة تغير نوعية الأطعمة التي عادة ما ننجذب إليها. فعلى سبيل المثال، أظهر "وراردلي" Wardle وزملاؤه (٢٠٠٠) أن الأفراد الأكثر مشقة يميلون إلى تناول

الأطعمـــة عالـــية السعرات High-Density Foods وهي الغنية بالدهون والطاقة والسكريات.

وقد وظف "روتيرس" Rutters وزملاؤه (٢٠٠٩: ٧٢) هذه الخطوة لتحقيق مــزيد مــن النتائج، وأشار إلى أن السمنة تنتج من الخلل المزمن لتوازن الطاقة، حــيث تتجاوز كمية الطاقة المأخوذة بكثير الطاقة المبذولة، وهذا الموضوع يُعد مــن أهــم خصائص هذا الوباء. وعلاوة على ذلك، فقد أشاروا إلى أن المشقة قد تسهم جزئيًّا في السمنة؛ وذلك لما لاحظوه من ارتفاع مستويات المشقة بوفرة في المجــتمع الغربــي. وكذلك استخدموا في دراستهم نموذج "الأكل في ظل غياب الجــوع" Eating in the Absence of Hunger الــذي قدمــه "فيــشر" Fisher و"بيرش" Birch (٢٠٠٢). ويعد هذا النموذج طريقة لوصف السلوك الذي ننخرط فيه عندما نواجه مجموعة كبيرة من الأطعمة الأكثر قبولاً، خاصة عندما لا نكون فــي حالـــة جوع. وكذلك استهلك المشاركون في دراسة هؤلاء الباحثين معايير الغذاء، ثم طلب منهم إنهاء مهام، سواء كانت شاقة أو غير شاقة، بعد ذلك تناول المــشاركين وجــبات خفــيفة (بمـــا فـــي ذلك الشوكولاتة، والحلويات، ورقائق البطاطس، والمكسرات) لمدة ٣٠ دقيقة. حيث أُخْبِر المشاركون أنهم يمكنهم الأكل بقــدر محبتهم أي نوع من الأطعمة. وطوال فترة الـــ ٣٠ دقيقة، يكملون كل ١٠ دقائـــق اســـتبياناً مصممًا لقياس حالتهم المزاجية، حيث وجد "روتيرس" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن هـــؤلاء الـــذين يعانـــون من زيادة القلق الناجم عن أداء مهام شاقة يكونـــون أكثـــر تناولاً للوجبات في غياب الجوع مقارنة بهؤلاء الذي لا يعانون القلق نتيجة أدائهم مهامًّا غير شاقة.

ومع ذلك، استعرض "ديفرينت" deVrient وزملاؤه (٢٠٠٩) التراث العلمي الموجــود عــن موضـــوع المشقة والسمنة، وخلصوا إلى أنه في حين أن المشقة المـــزمنة لها دور محتمل في حدوث السمنة من خلال التفاعل مع كل من آليات الطاقـــة المأخـــوذة وإنفاق الطاقة، فإن فهمنا لهذه الآليات الكامنة ليس كافيًا بعد للفهـــم الكامـــل لمعـــرفة ســـبب حدوث ذلك. لكنه - على الرغم من ذلك - من الضروري للغاية مواصلة بحث هذا الموضوع؛ لأن التغذية السليمة - كما لاحظ "لـــويس" وزمـــلاؤه (٢٠٠٩) - تفـــيد صحتنا في جميع مراحل العمر، أما سوء الـــتغذية فيـــرتبط بالتأخـــر العقلي، والإصابة بالأمراض المهددة للحياة، والوفاة المبكرة.

٣- الفسيولوجي: المشقة وجهاز المناعة

Physiological: Stress and the Immune System

هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن جهاز المناعة لدينا لا يعمل بكفاءة عندما نمر بخبرة المشقة، فجهاز المناعة - مثل الجهاز العصبي - موزع في جميع أنحاء الجسم. وهذا هو الجهاز الذي ينشط عندما يطلب من الجسم مقاومة العدوى. وتعد خلايا الدم البيضاء White Blood Cells المعروفة باسم "الكريات البيضاء" Leukocytes أحد الوسائل التي يحارب بها جسمنا العدوى. ومن وسائل اكتشاف التأثير المحتمل للمشقة على جهاز المناعة لدينا تعرض المشاركين لفيروس نزلات البرد الشائعة، وقد قارن "كوهين" Cohen وزملاؤه (١٩٩٣) بين مجموعتين من الأفراد: أولئك الذين سجلوا المرور بخبرة عدد من أحداث الحياة الشاقة بشكل جوهري، وأولئك الذين لم يتعرضوا لذلك. ومع التحكم في كافة الظروف، أصيب كلا الفريقين بفيروس نزلات البرد، ووجدوا أن أولئك الذين مروا بخبرة مشقة أكثر لأحداث الحياة كانوا أكثر استجابة للفيروس مقارنة بالذين تعرضوا بصورة أقل لأحداث الحياة الشاقة؛ وبذلك تقدم هذه النتيجة دليلا مقنعًا يشير إلى أن هناك علاقة بين المشقة المزمنة ونزلات البرد.

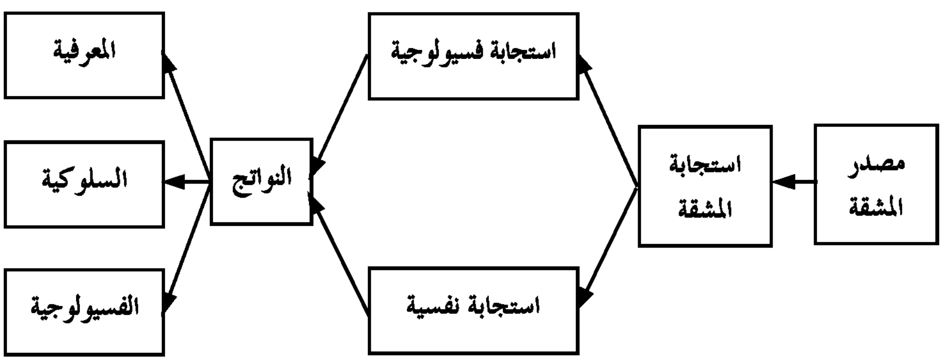
وتعرف هذه الدراسة في مجال علم النفس بـ "علم المناعة النفسية العصبية" (PNI) Psychoneuroimmunology. وافتراضها الأساس هو أن هناك علاقة بين العقل والجسم. وبعبارة أخرى، يفترض علماء علم المناعة النفسية العصبية أن الجهاز المناعي يمكن أن يتأثر من خلال أعمال العقل، وهذا أمر مهم لا سيما في مجال المشقة، حيث يؤكد أن التفسير أو الإدراك لمصادر المشقة ضروري مثل مصادر المشقة نفسها. وأحد المجالات التي يركز عليها الباحثون في علم المناعة النفسية العصبية هو التئام الجروح، ولكي يتمكن الباحثون من قياس عملية التئام الجروح Wound Healing، فإنهم يحتاجون إلى التأكد من أن كل مشارك لديه الجرح نفسه؛ ولهذا استخدموا جهاز "استئصال عينة من النسيج" Punch Biopsy، وهو يزيل جزءًا صغيرًا من الجلد والنسيج من المشاركين؛ للتأكد من أن كل مشارك له الجرح نفسه. واستخدم "كيسولت - جلاسير" Kiecolt-Glaser وزملاؤه (١٩٩٥) هذا التكنيك لاكتشاف تأثير المشقة من خلال قيامه بالتركيز على من قام برعاية أحد الزوجين المصاب بمرض الزهايمر؛ لمعرفة سرعة التئام جروحه، مقارنة مع مجموعة ضابطة. وتم التركيز على القائمين بالرعاية؛ لأن دور القائم بالرعاية لشخص مصاب بمرض خطير متدهور هو في حد ذاته مشقة وشديد

انفعاليًّا. وقد وجد "كيسولت – جلاسير" وزملاؤه (١٩٩٥) أن التئام الجروح بين مجموعة القائمين بالرعاية كان أبطأ بكثير مما كانت عليه المجموعة الضابطة، وبالتالي خلصوا إلى أن وظائف المناعة تتأثر سلبيًّا بنواتج المشقة المرتبطة بدوره مقدمًا للرعاية.

هذه الدراسة وغيرها ساعدت في جمع الطرق التي يتفاعل بها العقل والجسم معًا، فعلم المناعة النفسية العصبية مجال يتطور سريعًا في علم النفس الصحي، ويُعوَّل عليه كثيرًا لزيادة فهمنا العلاقة بين الصحة الجسمية والمرض، والعوامل الاجتماعية والبيئية والنفسية.

الملخص:

في هذا الفصل ركزنا على كيفية تعريف مصطلح "المشقة" في مجال علم النفس الصحي، واتجه تركيزنا نحو الطرق المختلفة التي أوضحت أن المشقة تؤثر في أجهزتنا الجسمية المختلفة. وبعد تقديم لمحة عامة عن هذه الأجهزة المختلفة، اكتشفنا الطرق المختلفة التي يتم بها قياس المشقة. وأخيرًا، استعرضنا كيفية تأثير المشقة علينا. وتتضح تلك العملية في الشكل (٦–٢).



شكل (٦–٢) تمثيل استجابة المشقة

لقد أظهرنا أن الباحثين متفقون على أن هناك صلة واضحة بين المشقة واعتلال الصحة، على الرغم من عدم الاتضاح التام لآلية كيفية تأثير المشقة على صحتنا. ويبدو أن المشقة قد تؤثر علينا من خلال طرق فسيولوجية وكذلك نفسية، وغالبا ما تؤثر علينا بقدر متساوٍ. ولهذا السبب، كشف الباحثون والأطباء كافة المسارات التي تفسر مشكلة كيفية حدوث المشقة. وقد لاحظ "موريسون" Morrison و"بينيت" Bennett (٢٠٠٩: ٣٤٦) أنه "لا يزال هناك بعض الأشياء

قبل الوصول للفهم الكامل لكيفية عمل المشقة، وعلى وجه الخصوص معرفة كيفية عملها في بيئاتها الواقعية. فهناك احتياج لاستخدام الدراسات الطولية Longitudinal Studies للأفراد في بيئتهم الطبيعية (على العكس من البيئة المعملية) التي من شأنها أن تزيد استبصارنا وفهمنا للآثار المحتملة للمشقة من حيث النتائج المنعكسة على صحتنا. وإحدى الطرق التي يمكننا توظيفها للتخفيف من تأثير المشقة هو أن نتعلم كيفية إدارتها ومواجهتها. وهذا ما نركز عليه في الفصل الآتي، وهو مواجهة المشقة وممارسة إدارة المشقة.

لمزيد من القراءة:

Sapolsky, R. (1998) Why Zebras Don't Get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress- related Diseases, and Coping. New York: W.H. Freman.

مصطلحات البحث الافتتاحية

المشقة، مصادر المشقة، الجهاز العصبي، مشقة العمل، مشقة العلاقة، مشقة البيئة.

٧

الفصل السابع
إدارة المشقة ومواجهتها
Manage and Coping with Stress

الفصل السابع
إدارة المشقة ومواجهتها
Manage and Coping with Stress

المقدمة :

كـــشفنا في الفصل السابق عن طرق قياس المشقة وكيفية تأثيرها علينا. وفي هذا الفصل يتجه انتباهنا إلى عملية إدارة المشقة أو مواجهتها.

ســـنركز أولاً علـــى تعريف المواجهة، واكتشاف الأساليب المختلفة للمواجهة واســـتراتيجياتها التـــي حـــددها الباحـــثون، ثم نركز على العلاقة بين الشخصية، والمساندة الاجتماعية، والمواجهة، قبل توجه انتباهنا إلى عملية مواجهة المشقة.

وسندرس في هذا الفصل:

- تعريف المواجهة.
- وصف أساليب المواجهة واستراتيجياتها.
- كشف العلاقة بين الشخصية والمواجهة.
- كشف العلاقة بين المساندة الاجتماعية والمواجهة.
- تحديد مناهج مواجهة المشقة.

*** ما المواجهة؟ What is Coping? :**

هـــناك مناحٍ كثيرة داخل مجال علم النفس الصحي التي تركز على التدخلات التـــي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة من خلال تحسين المواجهة. والداعم لذلك هو الافتـــراض بأن استراتيجياتنا للمواجهة الأكثر فعالية هي الأفضل في إدارة المشقة، وإدارة المشقة الأفضل تؤدي إلى نواتج صحية أحسن(Gurung, 2006: 142).

تعـــرف المـــواجهة بأنهـــا "أي شـــيء يقـــوم به الأفراد لإدارة المشكلات أو الاســـتجابات الانفعالـــية"(Carver and Scheier, 1994). ويصف بعض الباحثين عملـــية المواجهة بأنها "الاستجابة الواعية أو رد الفعل للأحداث الخارجية الشاقة أو الـــسلبية"(e.g. Kokn et al., 1994). وبعـــبارة أخرى، تتكون عملية المواجهة من "الأفكـــار والـــسلوكيات التي يستخدمها الأفراد لإدارة المطالب الداخلية والخارجية للمواقف التي يتم تقييمها بأنها شاقة" (Lazarus and Folkman, 1984, quoted in

Folkman and Moskowitz, 2004: 746). ولمزيد من تفصيل هذا التعريف، قسم "جيرينج" Gurung (٢٠٠٦) عملية المواجهة إلى فئتين: أساليب المواجهة Coping Styles واستراتيجيات المواجهة Coping Strategies. وبشكل أساس، تعادل أساليب المواجهة الميول العامة لمعالجة المشقة، بما يعني أننا كأفراد نميل إلى منهج خاص عندما نواجه موقفًا شاقًا، ونميل أيضًا إلى استخدام هذا المنهج مرارًا وتكرارًا في مواقف متنوعة. فتميل أساليب المواجهة إلى أن تكون إما بـ "التقرب" Approach أو "التجنب" Avoidant. والأفراد الذين يأخذون "أسلوب التقرب" للمواجهة يكونون أكثر تحكمًا في بيئتهم لمواجهة الموضوعات وجهًا لوجه، وينخرطون في استراتيجيات حل المشكلة Problem-Solving Strategies للتعامل مع مصادر الضغوط التي يواجهونها. وعلى النقيض من ذلك، هؤلاء الذين يمارسون "أسلوب التجنب"، حيث يفضلون تجنب مصادر المشقة – إذا كان ذلك ممكنًا – والتركيز على معالجة استجاباتهم الانفعالية لمصادر المشقة أكثر من التعامل مع مصادر المشقة ذاتها. أما مصطلح "استراتيجيات المواجهة" فيشير إلى "الجهود النفسية والسلوكية المحددة التي نتخذها لمحاولة التحكم والتحمل والحد من – أو تقليل – الأحداث الشاقة"(Gurung, 2006: 144). وتم تقسيم استراتيجيات المواجهة إلى فئتين هما: مواجهة مرتكزة على المشكلة، ومواجهة مرتكزة على الانفعال:

- **المواجهة المرتكزة على المشكلة Problem-Focused Coping**: وتنطوي على التعامل بشكل مباشر مع المواقف الشاقة، ومن ثم العمل على إيجاد وسيلة لحلها. ومن الأمثلة على هذا النوع من المواجهة وضع خطة عمل أو التركيز على الخطوة التالية لحل المشكلة(Folkman and Moskowitz, 2004). وتعتبر المواجهة المرتكزة على المشكلة بشكل عام الأكثر احتمالاً لأن تكون فعالة، وذلك عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على مصدر المشقة أو معالجته.
- **المواجهة المرتكزة على الانفعال Emotion-Focused Coping**: وتنطوي على التعامل مع الانفعالات المحيطة بمصدر المشقة، وتشمل محاولات إعادة تقييم إيجابي لمصدر المشقة لرؤية الموقف بصورة أكثر إيجابية، إضافة إلى أن الأفراد الذين يتخذون منحى المواجهة المرتكزة على الانفعال يعتمدون على تقبل الموقف، والبحث عن مساندة وجدانية، والتنفيس عن انفعالاتهم، والانخراط في الأنشطة الروحانية، كالتأمل على سبيل المثال. وتعتبر هذه

المناهج أكثر فعالية عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على موقف المشقة أو معالجته.

الموجز:

نظريًّا وإمبريقيًّا، تتداخل المواجهة المرتكزة على المشكلة مع المواجهة المرتكزة على الانفعال؛ ولهذا جاء الاقتراح بأن يكون هناك نمطان للمواجهة في الواقع ليسهل كل منهما عمل الآخر:

"فالبحث عن الإيجابية في الظرف القاتم، على سبيل المثال، ربما يشجع الأفراد على الانخراط في المواجهة المرتكزة على المشكلة. وعلى النقيض أيضًا، قد تؤدي المواجهة المرتكزة على المشكلة الفعالة إلى إعادة التقييم الإيجابي لكفاءة الأفراد، أو ربما تؤدي إلى اللجوء لشخص آخر ليسهم في الحل" (Folkman and Moskowitz, 2004: 753).

ومن الضروري أيضًا أن نعرف أن استراتيجيات المواجهة ليست في حد ذاتها جيدة أو سيئة، ولكن الذي يجعل هناك فرقًا هو السياق الذي يتم فيه تنفيذها. وهذا يعني أنه في حين تكون استراتيجية المواجهة فعالة في موقف ما، قد لا تكون كذلك في موقف آخر، إضافة إلى ضرورة أن نتذكر أننا عندما نواجه مواقف في حياتنا، لا يكون السياق ثابتًا، ولكنه دينامي ومتغير؛ مما يتطلب المشاركة في إعادة تقييم موقفنا. وقد أعطى "فولكمان" Folkman و"موسكويتش" Moskowitz (٢٠٠٤) مثالاً على ذلك حيث يمكن التوافق على الانخراط في المواجهة المرتكزة على المشكلة قبل الجلوس في الامتحان، مثل تكميل التعلم والمراجعة الضرورية للاستعداد للامتحان، والانخراط في استراتيجية المواجهة المرتكزة على الانفعال كالابتعاد distancing بمجرد الانتهاء من الامتحان، وانتظار النتائج.

*** الشخصية والمواجهة Personality and Coping :**

يشير "جيرينج" Gurung (٢٠٠٦) إلى أن الخصال الشخصية للأفراد تمد ببعض الهاديات الجيدة مثل كيفية مواجهتهم مصدر المشقة. وفي هذا السياق، يشير مصطلح "الشخصية" إلى "مجموعة مميزة فردية من السمات السلوكية الثابتة"، ففي عام ١٩٨٧، طور "مكارى" McCrae و"كوستا" Costa نموذجًا لعوامل الشخصية الخمسة Five-Factor Model of Personality، والذي أصبح معروفًا بالخمسة الكبرى Big Five. ويشير "جيرينج" (٢٠٠٦) إلى الاختصار OCEAN؛ ليساعد على تذكر ما العوامل الخمسة الكبرى:

- الانفـــتاح علـــى الخبـــرة Openness ويرمز له بالرمز (O): ويشمل الجرأة، وخـــصال تجديد النشاط، وحب المغامرة، والاهتمام بالجديد، وابتكارية الأفكار وحداثتها. وبعبارة أخرى، الانفتاح على الخبرات الجديدة.
- الإتقـــان Conscientiousness ويرمـــز لـــه بالرمز (C): ويتضمن الخصال الأخلاقـــية، والاعـــتماد علـــى الـــذات، والإنتاجـــية الهادفة. وبعبارة أخرى، المسئولية.
- الانبـــساط Extraversion ويرمـــز له بالرمز (E): ويتضمن خصال الثرثرة، وحب المتعة، والميل للمودة. وبعبارة أخرى، الاجتماعية.
- القـــبول Agreeableness ويرمـــز لـــه بالرمـــز (A): ويحتوى على خصال التعاطف مع الآخرين، والثقة. وبعبارة أخرى، التعاون.
- العُـــصابية Neuroticisms ويرمز لها بالرمز (N): وتتضمن خصال الوعي الذاتي بالقلق، والشعور بعدم الأمان والذنب. وبعبارة أخرى، التوتر.

وقد لاحظ "موريسون" و"بينيت" (٢٠٠٩) أن أغلب الأبحاث المنشورة ركزت علـــى عامـــل العُصابية؛ فالأفراد ذوو المستويات المرتفعة من العُصابية يكون لهم غالبًا معتقدات قلق، وينخرطون في السلوك الذي لا يتناسب مع الموقف (Suls and Martin, 2005). فالأفـــراد الذين تم تصنيفهم باعتبارهم يتصفون بالعُصابية الزائدة يتـــسمون أيـــضًا بأســـلوب المواجهة بالتجنب، أي يوظفون استراتيجيات المواجهة المرتكـــزة علـــى الانفعالات(Semmer, 2006). وقد ذكر "جيرينج" (٢٠٠٦) عن دراســـة أجـــراها "مككورميك" McCormik وزملاؤه (١٩٩٨) أن عامل العُصابية يـــرتبط بدرجـــة مـــرتفعة بمواجهة التجنب، في حين أن عامل القبول يرتبط سلبيًّا بالمواجهة المرتكزة على المشكلة وبمواجهة التجنب، وإيجابيًّا بعامل الإتقان. ويشير هـــذا الـــبحث إلـــى ارتباط سمات شخصياتنا بأسلوب المواجهة واستراتيجيتها التي نوظفها لمواجهة مصادر المشقة.

*** الآليات الدفاعية Defence Mechanisms :**

أحـــد طـــرق مواجهة مصدر المشقة هو توظيف الحواجز النفسية، والمعروفة أيـــضًا بالآلـــيات الدفاعـــية. وهـــناك أربعة أنواع يشار إليها في التراث: الكبت، والنكوص، والتبرير، والإنكار، ونعرض لها بشكل مختصر:

١- **الكبت Repression:** هو أسلوب مواجهة دفاعي يعمل عن طريق حماية الفرد مـــن القلق الناتج عن الذكريات والأفكار السلبية من خلال منعها من الوصول

إلى الوعي (Morrison and Bennett, 2009: 262). وقد أظهر "وارد" Ward وآخرون (١٩٨٨) – على سبيل المثال – أن الكبت لدى مرضى العلاج الكيميائي يخفض من أعراض المرض مقارنة بهؤلاء الذين لم ينخرطوا في الكبت.

٢- **النكوص Regression:** وهو أسلوب مواجهة دفاعي يوظف عندما يعود الفرد إلى سلوكيات أكثر ملاءمة لمستوى ارتقائي مبكر. وقد عرض "ميليكين" Milliken (١٩٩٨ : ٢٦٨) عددًا من الأمثلة لسلوك النكوص، وهي تشمل مرضى كبار السن الذين يكونون طريحي الفراش لبعض الوقت، ويجلسون في وضع الجنين، ويرفضون الاستجابة للمحيطين بهم؛ أو الأطفال الصغار الذين أتقنوا مهارة الشراب من كوب، لكنهم يطلبون الشراب من "الببرونه" عند ميلاد أخ أو أخت، أو الاعتماد على الآخرين للحصول على الرعاية الشخصية، على الرغم من القدرة على الرعاية الذاتية.

٣- **التبرير Rationalization:** يسمى أحيانًا "التنظير" Intellectualization، وهو محاولة الأفراد تفسير مشاعرهم من خلال إعطاء تبريرات وأعذار، وذلك لتبرئة أنفسهم من التسبب في حدوث المشقة. وبعبارة أخرى، فإنهم يبررون عدم تسببهم في حدوث المشقة، بدلاً من تقبلها كحقيقة واقعة.

٤- **الإنكار Denial:** وهو أسلوب مواجهة دفاعي يعمل على رفض الأفراد الاعتقاد بأن الأحداث الشاقة حدثت على الإطلاق. وقد قام كل من "دريسس" Druss و"دوجلاس" Douglas (١٩٨٨) بوصف الأشكال والدرجات المختلفة للإنكار، والتي تتراوح بين إنكار واضح للمرض، وتجنب الحديث أو التفكير في مصدر المشقة. وقد قيل إن مفهوم الإنكار يستوعب أساليب الكبت، والنكوص، والتبرير.

وحقيقة ذهب كل من "وايزمان" Weisman و"هاكيت" Hackett (١٩٦١) – نقلاً عن "دريسس" و"دوجلاس" (١٩٨٨ ؛ ١٦٥) – إلى تعريف الإنكار بأنه "الرفض الواعي أو اللا واعي لجزء من – أو كل – المعني المتاح للحدث؛ لتسكين الخوف والقلق، أو أي تأثيرات أخرى غير سارة". وحديثًا، فحص "فوس" Vos وزملاؤه (٢٠٠٩) العلاقة بين الإنكار والنتائج الجسمية لدى مرضى سرطان الرئة، وتوصلوا إلى أن مستوى الإنكار المعتدل أو المتزايد يرتبط بتحسين النواتج الجسمية لدى المرضى. فعلى وجه التحديد، سجل مرضى سرطان الرئة الأكثر إنكارًا إدراكًا أفضل للصحة العامة فضلاً عن تحسن

الوظـــيفة الجـــسمية. واقتـــرح "فوس" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن الإنكار ربما يكون استجابة تكييفية لدى مرضى سرطان الرئة، وربما يكون شيئًا ينبغي احترامه في المؤســـسات الإكلينيكية؛ وأضافوا أنه من المحتمل خلال تجنب المرضى مواجهة بعض الجوانب المرتبطة بالمرض والعلاج، أن يحموا أنفسهم من الواقع الذي لا يمكن السيطرة عليه.

*** المساندة الاجتماعية والمواجهة Social Support and Coping :**

الطريقة التي نواجه بها المشقة تتأثر في كثير من الأحيان بمدى المساندة التي نـــتلقاها ممـــن حولـــنا. ومن الضروري الإشارة إلى أنه على الرغم من أن مقدار المـــساندة المتاح لنا يمثل ضرورة، فإن الأكثر أهمية هو إدراكنا لمستوى المساندة التـــي نمتلكها؛ فالأفراد الذين يعتقدون بأن لديهم مساندة اجتماعية يشعرون بالمحبة، والرعاية، والتقدير، والقيمة (Morrison and Bennett, 2009: 382).

وقد أوضح "جيرنيج" (٢٠٠٦) دليلاً وصف من خلاله فائدة المساندة الاجتماعية بأنهـــا مذهلـــة؛ فالمساندة الاجتماعية تمثل ضرورة للحصول على الدعم الوجداني، والمعلوماتي، والأدائي من الآخرين، كما ترتبط بتحسين الصحة وسرعة الشفاء من المرض وتخفيض الكرب النفسي وتحسين جودة الحياة الوجدانية.

كما سلط "موريسون" و"بينيت" (٢٠٠٩) الضوء على إدراج المساندة الاجتماعية ضـــمن نموذج المشقة والمواجهة التي طرحها "لازاروس" و"فولكمان" (١٩٨٤) في شكل المصدر المتغير Resource Variable. وبعبارة أخرى، إذا أدركت المساندة الاجتماعية على أنها متاحة، فسيؤثر ذلك على كيفية تقييم الأفراد مصادر المشقة والاستجابة لها؛ فالأفراد الذين يدركون مساندتهم الاجتماعية بأنها مرتفعة يكونون أكثـــر مـــيلاً إلـــى تقيـــيم الأحداث بأنها أقل مشقة مقارنة بالذين لا يشعرون بأن لديهم مساندة.

ويـــضاف إلى ذلك ما كشفت عنه أبحاث متعددة من تأثير المساندة الاجتماعية على خبرات هؤلاء المرضى بالأمراض المزمنة والعجز. فعلى سبيل المثال، أظهر "ليفـــي" Levy و"هايدن" Heiden (١٩٩٠) و"تيموشوك" Temoshok (١٩٨٥) أن المـــساندة الاجتماعية لمرضى السرطان ترتبط بتحسين نوعية الحياة وتحسين نتائج المـــرض. وعـــلاوة علـــى ذلـــك، أوضـــح "بيرجويني" Burgoyne و"سوندرز" Saunders (٢٠٠٠) أن المـــساندة من الأزواج والرفقاء تؤثر بشكل خاص، لاسيما بـــين أولئك المصابين بأمراض مزمنة. وكشف "ليشتينشال" Lichtenthal وزملاؤه

(٢٠٠٣) مزيدًا من النتائج في هذه النقطة، حيث لاحظوا أن كثيرًا من الدراسات السابقة اعتمدت في هذا المجال على التقارير الذاتية الخاصة بالمرضى حول المساندة المقدمة لهم من أزواجهم. وعلى الرغم من أن هذا المنهج يعطي معلومات قيمة عن أهمية إدراكنا لمستوى المساندة المتوفرة لنا، فإنه لا يستطيع الاستفادة من مدى التطابق بين إدراك المرضى للمساندة المقدمة من الأزواج وبين ما يريدونه. وبعبارة أخرى، على الرغم من أن الأزواج يعتقدون أنهم يقدمون مساندة ممتازة، قد يدركها المرضى بطريقة مختلفة؛ مما يجعلهم يشعرون بأنها مساندة غير فعالة؛ ولذا فهناك حاجة إلى النظرة الثاقبة فيما إذا كان هناك تطابق بين إدراكات الطرفين المقدم والمستقبل أم لا.

وفي اكتشاف العلاقة بين تقارير المريض والشريك في المساندة الاجتماعية، وجد "ليشتينشال" وزملاؤه (٢٠٠٣) عدم الاتساق بين تقارير المريض عن المساندة التي قال إنه أدركها وتقارير الشريك عن المساندة التي قال إنه قدمها. وتشير هذه النتيجة إلى أنه في حين أن الشركاء يعتقدون أنهم يقدمون المساندة، فإن أزواجهم المرضى يدركون أنهم لا يفعلون شيئًا لهم، فالتركيز على أهمية هذه النتيجة يسلط الضوء على الفوائد المحتملة للمساندة الاجتماعية. وتوفر هذه الدراسة معلومات مهمة، كما تشير إلى أن الاتصالات الواضحة بين الأزواج - حيث إن أحدهما مريض والآخر يقدم المساندة - أمر بالغ الأهمية؛ فالشركاء يرغبون في تقديم المساندة المناسبة والمرضى لديهم القدرة على طلب نوع المساندة الذي يحتاجونه إذا ما قُدمت لهم مساندة لا تتناسب مع احتياجاتهم.

وقد وصف "كنج" King وزملاؤه (٢٠٠٦: ٩٠٢) المساندة الاجتماعية بأنها "أحد أهم العوامل المؤثرة على كيفية توافق الأفراد مع الشدائد". كما اكتشفوا أهمية المساندة الاجتماعية في أحداث الحياة الحاسمة، فأجروا مقابلات مع ١٥ فردًا تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٤٠ سنة ممن يعانون من اضطرابات مزمنة مثل الإعاقة الجسمية أو اضطراب نقص الانتباه، وخلصوا إلى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورًا مهمًّا في توافق المشاركين مع الأحداث والخبرات الشاقة في حياتهم.

فالأنماط المختلفة للمساندة الاجتماعية تجعلهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم (المساندة الوجدانية)، وتوفر لهم طرقًا واستراتيجيات لمعالجة الموضوعات الخاصة بهم (المساندة الأدائية)، كما تساعدهم على الشعور بأنهم ليسوا وحدهم في أوضاعهم وخبراتهم (المساندة المعرفية) (King et al., 2006: 915).

توفـــر هذه الدراسات دليلاً على أهمية المساندة الاجتماعية من حيث مواجهة المـــشقة فـــضلاً عن النواتج الصحية، لكننا حتى الآن لم نتعرض بعد للكيفية التي تفسر تأثير عملية المساندة الاجتماعية. وقد وضعت نظريتان رئيستان لتفسير كيفية تأثير المساندة الاجتماعية، وهما: فرض التأثيرات المباشرة، وفرض التخفيف:

- **نظرية فرض التأثيرات المباشرة The Direct Effects Hypothesis**: وتشير إلى أن المساندة الاجتماعية مفيدة لنا، بغض النظر عن كمية المشقة التي ندركها. والعكـــس صحيح، فنقص المساندة الاجتماعية ضار لصحتنا، حتى في غياب المشقة (Morrison and Bennett, 2009: 384).
- **نظـــرية فرض التخفيف The Buffering Hypothesis**: وتشير إلى أن المساندة الاجتماعية تعمل عن طريق حماية الأفراد من الآثار السلبية للمشقة؛ فالمساندة الاجتماعـــية تقـــوم بدور تخفيفي، سواء من خلال التأثير على طريقة إدراك الأفـــراد للموقف الشاق (تقييمهم)، أو عن طريق تعديل استراتيجية المواجهة التي يعتمد عليها الأفراد. وبعبارة أخرى، إنهم يطلبون المساعدة من الآخرين لمواجهة مصدر المشقة (Morrison and Bennett, 2009:384).

الموجز:

ســـواء أكان للمساندة الاجتماعية دور تخفيفي أم تأثيرات مباشرة، فهناك دليل واضح على أن لها دورًا ضروريًا باعتبارها أحد مصطلحات كيفية إدارة المشقة.

*** إدارة المشقة Managing Stress:**

بعـــد تعريف المواجهة واكتشاف بعض الآليات التي لها تأثير على المواجهة، يتجه اهتمامنا إلى معرفة كيفية تأثير طرق المواجهة على قدرتنا في إدارة المشقة. وقـــد حـــدد علماء النفس الصحي منهجين رئيسين لإدارة المشقة، يركز الأول على أساليب الاسترخاء، والآخر على أسلوب سلوكي معرفي واجتماعي.

(١) أساليب الاسترخاء Relation Approaches:

ترتبط أغلب مصادر مشقتنا التي نخبرها هذه الأيام في الغرب بالتفكير، حيث ذكـــر "جيـــرنيج" (٢٠٠٦: ١٦١) أن "مـــا نعانيه من مصائب يرجع إلى قلقنا من المـــشكلات وتوقع التهديدات". فتوليد هذه المخاوف، والتركيز عليها ينشط استجابتا للمـــشقة (المبينة في الفصل ٦)، كما تهدف الأساليب المعتمدة على الاسترخاء إلى خفض تركيزنا على هذه الأفكار التي تقلل استجابتنا للمشقة.

وهناك عدد من الأساليب المختلفة للاسترخاء، تشمل الاسترخاء العضلي التدريجي، والعائد الحيوي، وإزالة الحساسية، وممارسة الرياضة، والعلاج بالعقاقير. وسنعرض كل هذه الأساليب بإيجاز:

- **الاسترخاء العضلي التدريجي Progressive Muscle Relaxation:**

أول خطوة في تعلم أسلوب الاسترخاء العضلي التدريجي هو تعلم أن توتر العضلات ينتج عن القلق؛ مما يزيد من الشعور بالمشقة. وفي تعلم الأفراد إرخاء عضلاتهم، يمكن تخفيض مستوى المشقة التي يعانون منها(Curtis, 2000).

ولتنفيذ الاسترخاء العضلي التدريجي يجب على الأفراد إما الاستلقاء على الظهر أو الجلوس بشكل مريح، ويبدأون في التنفس بعمق وإخراج الزفير ببطء، ثم بعد ذلك يشدون عضلة قدمهم، وذلك باستمرار التوتر لمدة ١٠ ثوان مثلا، ثم يطلقون هذه الشدة ببطء، فيشعرون بالاسترخاء كلما تلاشى التوتر من العضلات. وتتكرر هذه الخطوات لكل مجموعة عضلية، مثل (أصابع القدم، والقدمين، والساقين، والفخذين، والبطن، واليدين، والذراعين، والكتفين، والعنق، والجبين، ...إلخ)، ويعمل المرضى تدريجيًا للوصول لكل عضلات الجسم. هذه العملية – التي تبدأ بتوتر (شد) العضلات ثم استرخائها – تساعد الأفراد على تعلم كيفية التمييز تمامًا بين العضلات وهي في حالة توتر والعضلات في حالة استرخاء. ومن خلال هذه المعرفة البسيطة، يمكن للأفراد تحقيق الاسترخاء العضلي الجسدي باعتباره خطوة أولى للحد من التوتر الذي يصاحب القلق.

- **العائد الحيوي Biofeedback:**

ينطوي العائد الحيوي على استخدام الأجهزة التي تمكن من تتبع استجابتنا الفسيولوجية، وذلك مثل نبضنا، حيث توفر لنا إشارة عند حدوث تغييرات؛ ولذلك فإنك عندما تكون متصلاً سلكيًا بالأجهزة وتواجه بمصدر المشقة، فإن إشارة ارتفاع نبضك ستتضح أمامك عن طريق الصوت أو الصورة من خلال شاشة. والفكرة هي أنه عند ممارسة استراتيجيات الاسترخاء الخاص بك، فإنك تلقى العائد الحيوي الفوري بشأن مدى فاعليتها، حيث يبطئ الصوت أو تتغير الصورة إشارة إلى انخفاض نبضك. فمعلومات العائد الحيوي تساعدك على تعزيز استراتيجيات الاسترخاء الخاص بك.

- **إزالة الحساسية Systematic Desensitization:**

إزالة الحساسية هو شكل من أشكال التشريط الكلاسيكي. والتشريط الكلاسيكي هو العملية التي تربط بين أزواج من المنبهات والاستجابات (Forshaw, 2002).

ففـــي حالـــة مواجهة المشقة تقترن الأفكار أو الأحداث الشاقة بالاسترخاء بدلاً من القلق والتوتر. وترى هذه النظرية أنه إذا اقترن وقوع حدثين معًا عددًا من المرات الكافـــية، يمكن للاستجابة المُتعلمة أن تتطور. وقد استخدم "جيرنيج" (٢٠٠٦) مثال التحدث أمام جمهور، فإذا كنت قلقا بشأن التحدث أمام الجمهور، فإن مهمتك الأولى هـــي تقـــديم قائمة من الأشياء التي تقلقك عند التفكير في الحديث أمام جمهور، ثم تـــرتيبها بحـــيث يكـــون أكثر شيء تخافه في الأعلى وأقل شيء تخافه في الجزء الأســـفل. ثم تركز على البند الأسفل (الأقل خوفًا منه) في قائمتك، وتفكر فيه أثناء ممارسة الاسترخاء، وتكرر ذلك حتى تعتقد أن التفكير في حدوث البند لا يسبب أي قلق. ويمكنك تكرار هذا مع البند التالي في قائمة الخوف حتى لا يعد يقلقك، وهكذا. وبمجرد الانتهاء من الربط بين الفكرة والاسترخاء، فإن فكرة التحدث أمام الجمهور لن تعود شاقة.

وقد طبق هذا الأسلوب في سياقات أخرى، لاسيما في مجال الرهاب (الخوف الشديد)، ولنأخذ على سبيل المثال رهاب العنكبوت، وهو الشخص الذي يخاف من العناكب، حيث يطلب منه أولاً النظر إلى صورة كارتون للعنكبوت، وبمجرد أنها لا تـــصبح مـــصدر قلـــق لـــه، تـــستخدم صورة واقعية، ثم تأتي الخطوة التالية باســـتخدام فـــيديو عن العنكبوت، تليها ملاحظة عنكبوت في صندوق شفاف، ثم يلـــي ذلـــك إمـــساك الـــصندوق الـــذي فيه عنكبوت حي، وبعد ذلك رفع غطاء الـــصندوق، ثـــم أخيـــرًا إمساك العنكبوت. هذا الشكل من الحساسية يُسمى منهج المعـــيار A Titration Methodology (Gilroy et al., 2003)، ويجـــب علـــى الأفـــراد الـــذين يعانون خبرة القلق ممارسة المهمة التي تسبب لهم الخوف. وفي ظـــل توفـــر حالة الاسترخاء مع ممارسة المهمة يحدث اختفاء للقلق. وذلك مثل استخدام منهج المعيار للعبة خشبية لشكل العنكبوت لمساعدة رهابي العنكبوت في التغلب على قلقهم (Chamove, 2007).

- ممارسة الرياضة Exercise:

ممارســـة النـــشاط الجـــسمي تمـــثل أداة فعالة لمواجهة المشقة. وقد أظهرت الأبحـــاث أن الأفـــراد الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم يميلون إلى أن يكونوا أقـــل اكتـــئابًا وشعورًا بالمشقة(e.g. Salmon, 2001). فممارسة الرياضة تساعدنا على مواجهة المشقة؛ بسبب أن الانخراط في الممارسة يؤثر على إطلاق هرمونات المشقة وتجهيزها. وتتنوع أيضًا الطريقة التي يستجيب بها الجهاز العصبي للمشقة، فعلـــى سبيل المثال، عمل "ثروني" Throne وزملاؤه (٢٠٠٠) مع رجال الإطفاء؛

حيث تم تعريض نصفهم لظرف ممارسة الرياضة، مع بقاء النصف الآخر لا يمارس رياضة، ثم تم قياس مشقة حفر النار لدى المجموعتين. فوجد "ثروني" وزملاؤه (٢٠٠٠) أن أولئك الذين كانوا يمارسون الرياضة بشكل منتظم كانوا يستجيبون بانخفاض معدلات النبض مقارنة بالذين لا يمارسون الرياضة. كما وجد باحثون آخرون أيضًا أن التمرين يساعد الأفراد على مواجهة المشقة (e.g. Babyak et al., 2000; Ker and Kuk, 2001). واستخلص "جيرنيج" (٢٠٠٦ : ١٦٦) أنك عندما تشعر بالمشقة في العمل في مرة تالية، فمن المفيد أن تبذل جهدًا في ممارسة الرياضة، حتى وإن اقتصرت على السير على الأقدام بإيقاع سريع.

- **العقاقير Drugs:**

أوضحنا في الفصل السادس الطرق الفسيولوجية التي تؤثر بها المشقة علينا، ويترتب على ذلك أن بعض أساليب إدارة المشقة ترتكز على الاستجابات الفسيولوجية التي تحدث في أجسامنا، وذلك استنادًا إلى افتراض أنه إذا أمكن تخفيض الاستجابات الفسيولوجية (أعراض المشقة)، فإن تأثير المشقة أيضًا سينخفض. وهكذا، فالعقاقير التي تركز على الحد من الأعراض الجسمية للمشقة – مثل زيادة معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم – توصف في بعض الأحيان للذين يعانون من المشقة. وتنتمي العقاقير التي توصف لمواجهة المشقة إلى عائلة البنزوديازيبين Benzodiazepine، حيث تؤثر البنزوديازيبينات على مستويات الناقل العصبي المُسمى GABA في المخ. ويعمل الناقل العصبي GABA على تقليل العمليات الفسيولوجية التي وصفناها في الفصل السادس؛ مما يقلل من الإثارة الفسيولوجية، ويؤدي إلى شعور الفرد بأنه أكثر هدوءًا.

والنقطة الجوهرية التي يجب تذكرها في علاجات العقاقير للمشقة أنها تعالج الأعراض وليست سبب المشقة؛ ولذلك فهي ربما أكبر فائدة باعتبارها أداة لمساعدة فرد ما خلال موقف شاق (في أعقاب وفاة عزيز له، أو لمساعدة الفرد على الحد من التوتر قبل الأداء أمام الجمهور)، ولكنها لا تعرض حلا طويل الأجل. والسيناريو الأسوأ للحالة، أن الأفراد يصبحون معتمدين على هذه العقاقير الموصوفة، ومع طول فترة الاستعمال يزداد تحملهم لها؛ مما يعني أن هناك حاجة إلى زيادة الجرعات من أجل الحد من أعراض المشقة الجسمية؛ ولهذا يهدف العلاج النفسي على المدى الطويل إلى أن يكون أكثر فعالية في مساعدة الفرد من خلال تطوير استراتيجيات مواجهة مصدر المشقة لتجنب زيادة جرعات الدواء.

الموجز:

هــناك عــدد كبير من أساليب مواجهة المشقة. وقد ركزنا في هذا الجزء من الفصل على تلك التي تتخذ أسلوب الاسترخاء والتأكيد على أهمية تأثير الاسترخاء الجسمي على الاستجابة للمشقة.

ومع ذلك، فثمة أسلوب بديل يركز على تعديل تفسير مصادر المشقة من خلال اســتهداف استجابتنا المعرفية والسلوكية والاجتماعية، وذلك من خلال إحداث تأثير مهــدئ علــى الاســتجابة الفسيولوجية للمشقة. وهذا هو المعروف باسم الأساليب السلوكية المعرفية.

(٢) الأساليب السلوكية المعرفية والاجتماعية

Cognitive Behavioural and Social Approaches

صــممت الأساليب السلوكية المعرفية لتساعد على تعلم الأفراد تسمية مصدر المشقة، ومناقشة المشاعر المرتبطة به، وإيجاد طريقة لمعالجته.

وتوظــف الآلــيات المستخدمة تحت إطار هذا المنهج لتشمل العلاج السلوكي المعرفي، والتعبير الانفعالي، والموسيقى، والفكاهة، وتنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة، والتي سيتم تفصيلها الآن:

- **العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavioural Therapy (CBT) :**

يــؤكد العــلاج الــسلوكي المعرفــي على أهمية تغيير المعارف والسلوكيات. ويفترض هذا العلاج أنه بتغيير إدراكات الأفراد وأفكارهم عن مصادر المشقة، ربما يــتجه ذلك ليؤثر على انفعالاتهم واستجاباتهم الفسيولوجية لمصدر المشقة. وهكذا، فــإن المــبدأ الرئيس في العلاج المعرفي السلوكي هو أن الطريقة التي يفسر بها الأفــراد الأحــداث والخبرات لها تأثير جوهري على مزاج الأفراد والسلوك، حيث يتــصف بعــض الأفراد بأنماط التفكير الآلية المشوهة للحقيقة الواقعية، هذه الأنماط ربما تنتج عن حالات الاكتئاب، أو القلق، أو المشقة (Hawton et al., 2006: 153). وفــي العلاج المعرفي السلوكي، يهدف المعالج إلى مساعدة الأفراد في التعرف على أنمــاط التفكيــر المشوهة وكيفية تأثيرها في مزاجهم وسلوكهم. فبمجرد تحديد هذه العلاقــة، يــساعد المعالج الأفراد على التركيز في تغيير الطريقة التي يفسرون بها الأحــداث والخبــرات. فمثلا، استخدم "أنتوني" Antoni وزملاؤه (٢٠٠٩) العلاج المعرفي السلوكي مع سيدات يخضعن لعلاج سرطان الثدي، ولاحظوا أن السيدات

يتعرضـــن للـــشدائد مثل محاولتهن التوافق مع التشخيص بسرطان الثدي وعلاجه. وقـــد تبين أن السيدات اللاتي لديهن ضعف في مهارات المواجهة المعرفية ونظرة سلبية (e.g. Carver et al., 1993)، ومصادر اجتماعية قليلة(Alferi et al., 2001) ، يعانين من خبرات القلق والمشقة خلال الفترة الشاقة للعلاج. وباستعراض موجز للتـــراث، أظهـــر "أنتونـــي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن التدخلات النفسية والاجتماعية والمعـــتمدة على الاسترخاء تكون مفيدة من حيث تحسين التوافق الانفعالي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان الذين يخضعون للعلاجات الطبية (e.g. Luebbert et al., 2001). وعلـــى وجـــه الخصوص، ثبت أن تدخلات العلاج المعرفي السلوكي تخفـــف من حدة الاكتئاب، والقلق، وتحسن من نوعية الحياة لدى مرضى السرطان (e.g. Kissane et al., 2003; Trask et al., 2003).

- **التعبير الانفعالي Emotional Expression:**

ذكـــر "شـــولير" Schuler وزمـــلاؤه (٢٠٠٩) أنه توجد أدلة إمبريقية كثيرة توضح أن التعبير عن الانفعالات المرتبطة بالمشقة والأفكار تحسن الصحة ونوعية الحياة. وأشاروا إلى أن التعبير الانفعالي يرتبط بتحسين وظيفة جهاز المناعة (e.g. Petrie et al., 1995)، ويقلل من زيارات الطبيب (e.g. Lepore and Greenberg, 2002)، ويخفـــض ضـــغط الـــدم(e.g. McGuire et al., 2005)، ويحسن الصحة النفـــسية(e.g. Sloan and Marx, 2004). وقد وجد "ستيفنس" Stephens وزملاؤه (٢٠٠٩) فـــي اكتـــشاف غير معتاد أن التعبير الانفعالي بوجه عام يزيد من قدرة المشاركين على تحمل الألم.

وقـــد تـــم تطوير مفهوم التعبير الانفعالي من خلال "بينيباكير" Pennebaker وزملائـــه (١٩٩٣)، ويتـــضمن هذا الأسلوب المتطور الطلب من المشاركين كتابة أفكـــارهم ومـــشاعرهم المتعمقة عن موضوع انفعالي بالغ الأهمية من حيث تأثيره عليهم وعلى حياتهم(Pennebaker et al., 2001). والآلية الكامنة وراء هذه العملية هـــي الإفصاح عن الانفعالات. ويعتقد أن الإفصاح عن الانفعالات يغير من العملية الانفعالـــية والمعرفية لخبرة المشقة، حيث إن طريقة التفكير في خبرة المشقة فقدت قدرتها على تشويش الانفعالات وإثارة الاستجابات الفسيولوجية للمشقة (Lepore et al., 2002). ولخـــص "بينيباكير" و"سيجيل" Seagal (١٩٩٩: ١٢٤٨) هذه العملية بقـــوله: "بمجـــرد أن يطـــور الأفـــراد معنى جديدًا لخبرة المشقة، يختزل الحدث، ويخزن، وينسى بشكل أكثر كفاءة".

- **الموسيقى Music:**

تـــرى "نيلسون" Nilsson (٢٠٠٩ : ٢٠١) أن "بيئات الشفاء" The Healing Environments تساعد المرضى على الابتعاد عن المنبهات السلبية والتركيز على أي شـــيء آخـــر أكثر متعة وألفة، وتسمح لهم بالهروب إلى عالمهم الخاص بهم. وقالـــت إنها ترى كذلك أن الخاصية الرئيسة لمثل هذه البيئة هي الموسيقى الهادئة. وقـــد تبين أن الموسيقى ترتبط بشكل جوهري بكل من الانفعالات والاستثارة. وفي الواقـــع ذكـــر "برناردي" Bernardi وزملاؤه (٢٠٠٦) أن الاستماع إلى الموسيقى يغيـــر مـــن الاســـتثارة الانفعالـــية. كما أظهرت "نيلسون" (٢٠٠٨) أن الموسيقى الكلاســـيكية عامـــل مهـــدئ يحـــد من المشقة من خلال تخفيض القلق. وأوضحت "نيلـــسون" وزملاؤها (٢٠٠٥) و"سيبيدا" Cepeda وزملاؤه (٢٠٠٦) أن الاستماع إلى الموسيقى يخفض الألم، وبالتالي يكون له تأثير إيجابي على المشقة.

وقـــد ركـــز باحثون آخرون اهتمامهم على المراهقين، فوجدوا أن الاستماع إلى الموســـيقى كمـــا وصفها "ميراندا" Miranda و"كلاس" Claes (٢٠٠٩) "مصدر مهم للمتعة والترفيه في سن المراهقة". كما أشار باحثون آخرون إلى أن سماع المراهقين للموسيقى يُعد واحدًا من أهم استراتيجيات المواجهة لديهم (e.g. Larson, 1995)، ومن الأســـباب التي تم طرحها كمحاولة تفسير ذلك هو أن الاستماع إلى الموسيقى يساعد على تنظيم الانفعالات. ويعتقد أن هذا يمكن أن يحدث من خلال ثلاث وسائل:

١- الابتعاد عن الأمزجة غير المرغوب فيها.

٢- الممارسة لبعض الاهتمامات الشخصية.

٣- التنفيس فيما يتعلق بالأمزجة السلبية (Schwartz and Fouts, 2003).

وللـــتأكد مـــن هذه النتائج السابقة، وجد "ميراندا" Miranda و"كلايس" Claes (٢٠٠٩) أن المـــراهقين فـــي عينـــتهم ذكـــروا أنهم يستمعون إلى الموسيقى عمدًا باعتـــبارها وسيلة لمواجهة المشقة اليومية. وعلى الرغم من أن "ميراندا" و"كلاس" (٢٠٠٩) اقتـــرحا أن الاستماع إلى الموسيقى يمكن أن يؤخذ شكلا لمنحى المواجهة المرتكـــز على المشكلة - مثل تشغيل الأناشيد الغنائية التي تقدم السلوى والنصيحة الخاصـــة بالموضوعات التي يعاني منها المراهقون - فإن هذا الاستماع يعتبر في المقام الأول منحى المواجهة المرتكز على الانفعالات.

- **الفكاهة Humour:**

يـــرى بعـــض الباحثـــين العاملين في مجال علم النفس المناعي أن الفكاهة أو الـــضحك لهمـــا تأثير إيجابي على الصحة من خلال تعديل إنتاج المواد الكيميائية

للمشقة. وقد اختبر "مارتن" Martin و"دوبين" Dobbin (١٩٨٨) هذه النظرية باستخدام عينة من طلاب الجامعة؛ لمعرفة ما إذا كان حس الفكاهة يُعدل من التأثير السلبي للمتاعب اليومية أم لا، وخلصا إلى أنه على الرغم من عدم وجود أية علاقة مباشرة، فإن حس الفكاهة يعد بمثابة مخفف ضد المضايقات اليومية. كما استعرض "بينيت" Bennett و"لينجاشير" Lengacher (٢٠٠٩) في الآونة الأخيرة التراث لاكتشاف تأثير الفكاهة والضحك على جودة الحياة الجسمية والنفسية. وتتعرض هذه النوعية من البحث لكثير من الصعوبات، منها اعتماد تعريف الفكاهة على الذاتية، فبعض المشاركين يتعرضون لمنبهات مضحكة ولا يضحكون، أو لا يجدونها مضحكة في الأساس، كما أنه من الصعب أيضًا اختيار منبهات محايدة لتستخدم مع المجموعات الضابطة. كما يجد الباحثون تصورات نظرية ومنهجية مختلفة للفكاهة لفحص تأثيرها؛ مما يجعل من الصعب استخلاص التأثير الجسمي من خلال الأبحاث التي أجريت. ونتيجة لذلك، انتهى "بينيت" و"لينجاشير" (٢٠٠٩) إلى أن النتائج – حتى الآن – لا ينظر لها إلا على أنها غير مؤكدة، وهناك حاجة إلى مزيد من العمل قبل أن نتمكن من إجراء مطالب واسعة لاستخدام الفكاهة التي لها تأثير على النواتج الصحية.

- تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة هو برنامج تدريب نفسي – تربوي يرتكز على العقل وله تطبيقات يومية في الحياة(Biegel et al., 2009). ويعني تنبيه الذهن إعطاء اهتمام وثيق للمنبهات التي تدخل وعينا، دون الانخراط في التفكير المنطقي فيها. ويشجع برنامج تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة الأفراد على تطوير اتجاه تقبلي أو غير حكمي تجاه الأحداث والخبرات (Shapiro et al., 2006). والفكرة هي أننا لا نغفل الأفكار أو الأحاسيس غير السارة، ولكن نحاول تبني أفكار أخرى سارة كأنها تحدث بالفعل. فالأفكار تدخل وعينا، ونشجع على ملاحظتها دون الحكم. ويعتقد أن هذه العملية تساعدنا على زيادة الاستبصار في كيفية تفسيرنا للعالم فضلاً عن تحديد المعززات التي تدفعنا. ولزيادة الاستبصار ينبغي أن نكون قادرين على الاسترخاء خلال عملية الاكتشاف الذاتي (Curtis, 2000).

ويناقش "بيجيل" Biegel وزملاؤه (٢٠٠٩) كثرة الأبحاث التي تقترح أن تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة وسيلة فعالة مع مجموعة واسعة من

الاضـــطرابات الصحية العقلية والجسمية. فعلى سبيل المثال، أظهر "ميللر" Miller وزمـــلاؤه (١٩٩٥) أن سجلات المرضى – بعد متابعة ثلاث سنوات – كشفت عن تحـــسنات إكلينيكية بعد الانتهاء من التدريب على تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المـــشقة. وعـــلاوة على ذلك، أظهر "ديفيدسون" Davidson وآخرون (٢٠٠٣) أن التأمل الذهني يحسن من إنتاج الأجسام المضادة التالية لتلقيح الأنفلونزا.

وكـــذلك تناولت "بير" Bear (٢٠٠٣) استخدام برنامج التأمل الذهني باعتباره تدخلا إكلينيكيًا، وأظهرت أن تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة يستخدم على نطاق واسع مع مرضى الألم المزمن، ووجدت أن البحث أظهر تحسنًا ملحوظًا في معدل الألم، وأعراض طبية أخرى، فضلاً عن كثير من الأعراض النفسية العامة. وباستعراض التراث الخاص بتنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة، ذكرت أن هـــناك دليلا يشير إلى أن التدخلات المستندة على التأمل الذهني تساعد على تحسين الوظيفة النفسية.

الموجز:

حـــدد علماء النفس الصحي منهجين لإدارة المشقة، ويؤكد كلا المنهجين على العلاقـــة الـــسببية بين استجابتنا الفسيولوجية واستجابتنا النفسية للمشقة. وتستهدف مـــناهج الاسترخاء الاستجابة الفسيولوجية، في حين أن المناهج السلوكية المعرفية تستهدف الاستجابة النفسية. ويشير كلا المنهجين إلى أن التركيز على عنصر واحد لاستجابة المشقة، يؤثر بصورة غير مباشرة في الآخر.

التلخيص:

يوفـــر هـــذا الفـــصل لمحة عامة عن مجال المواجهة، مع تركيز خاص على عملية مواجهة المشقة. وأظهرنا أن هناك مجموعة متنوعة من المؤثرات والمناهج فـــي عملـــية المـــواجهة. وأصـــبح من الواضح بشكل متزايد أن هناك الكثير من المتغيـــرات المخـــتلفة التي تؤثر في العلاقة بين مصدر المشقة واستجابتنا له. وفي الواقـــع، لاحـــظ "موريـــسون" و"بينـــيت" (٢٠٠٩ : ٣٨٧) أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تعمل معًا في خبرة المشقة والمرض.

وقـــد سلطنا الضوء على الدليل في التراث الذي أظهر فائدة كل من المواجهة المرتكـــزة علـــى الانفعالات والمواجهة المرتكزة على المشكلة. وأظهرنا أيضًا أنه يـــبدو أن هناك بعض المواقف التي نستعين فيها بالآليات الدفاعية، والتي قد يكون لها نواتج صحية إيجابية، على الرغم من النظرة التقليدية لها باعتبارها استراتيجية

سلبية. ولذا فمن المعقول أن نشير إلى أن المواجهة الفعالة تتميز بالمرونة من حيث الاستجابة المناسبة للمواقف المختلفة(Wenzel et al., 2002). وما يُعد مناسبًا يختلف من فرد لآخر، ومن موقف لآخر. وقد سلط كل من "فلوكمان" و"موسكوتيز" Moskowitz (٢٠٠٤) الضوء على هذا الأمر؛ حيث لاحظا أن عملية المواجهة قد تكون فعالة في موقف، ولكنها غير فعالة في موقف آخر.

وبالتالي، فمصدر المشقة الواحد ربما يتطلب منا أن نستدعي المساندة من الشبكة الاجتماعية، وربما المساندة الوجدانية أو الأدائية، كما قد يتطلب منا موقفًا آخر لمواجهة المشكلة، والاستعانة بطرق معالجة هذه التحديات في الحاضر، ولكن لا يزال هناك مواقف أخرى تتطلب منا الاهتمام بالاستجابات الانفعالية التي نستجيب بها لمصدر المشقة.

ولهذا، نستخلص أن مواجهة المشقة تتطلب استجابة فردية مناسبة لمصادر المشقة، كما أنه ينتج عن اختلاف المواقف ومصادر المشقة والسياقات تباين في استراتيجيات المواجهة. ولذلك نقترح أن المواجهة الفعالة تتطلب منا تطوير أدوات من الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها للمواقف المختلفة، وبالتالي تطوير المرونة التي أشار إليها "وينزيل" Wenzel وزملاؤه (٢٠٠٢) سابقًا.

لمزيد من القراءة:

Kabat-Zinn, J. (2005). Coming to our Senses: Healing Ourselves and the World through Mindfulness. Piatkus: London.

مصطلحات البحث الافتتاحية:

المشقة، المواجهة، المساندة الاجتماعية، الشخصية، المواجهة المرتكزة على الانفعال، المواجهة المرتكزة على المشكلة.

٨

الفصل الثامن
سلوك الأكل
Eating Behaviour

الفصل الثامن
سلوك الأكل
Eating Behaviour

المقدمة :

الأكل شيء نقوم به جميعًا، ولكنه أيضًا شيء نادرًا ما يكون موضع اهتمامنا، فالكثير منا يقوم بأشياء أخرى خلال الأكل، يستمع إلى الراديو، يشاهد التلفزيون، يستمر في العمل وهو يأكل في مكتبه. كما أننا بدون الطعام لا نستطيع أداء الوظيفة؛ فالطعام مهم أهمية أساسية للصحة، ليس فقط لأن الحصول على ما يكفي من الطعام يعطينا الطاقة، ولكن أيضًا لأن الحصول على الأطعمة المجمعة المفيدة التي تعطينا موادًا مغذية نحتاجها لأداء الوظيفة بشكل جيد (Steptoe and Wardle, 2004). لذلك لم يعُد موضوع الأكل كافيًا، بل نحتاج أيضًا إلى التركيز على الأكل الصحي إذا ما أردنا الحد من مخاطر إصابتنا بالمرض.

في كتاب "جيروم" Jerome بعنوان "ثلاثة رجال في قارب" Three Men in a Boat (١٨٨٩)، وهو أحد الشخصيات المبادرة في كتابة تقارير عن قراءته لكتاب طبي يصف الأعراض المتنوعة لأمراض مختلفة بشيء من التفصيل. ومن خلال قراءته في هذا الكتاب عن الأمراض من حرف الألف إلى حرف الياء، توصل إلى معرفة الأعراض الخاصة بكل الأمراض ماعدا مرض "خشونة الركبة" Housemaid's Knee. وقال:

"على ما يبدو أنني أصبت بالنقرس Gout دون علمي بذلك حتى صار في مرحلة متأخرة - ؛ أما المرض المُعدي Zymosis فيبدو لي أني أعاني منه منذ الصغر، ولم تظهر على أي أعراض جديدة أخرى بعد إصابتي بهذا المرض المُعدي zymosis؛ ولذا استنتجت أني لم يصبني مرض آخر".

وبدأ يتساءل كم تبقى من عمره؟ وقرر زيارة طبيبه، فشرح بالتفصيل لطبيبه كيف أنه يعاني من جميع الأمراض المعروفة للإنسان (ماعدا "خشونة الركبة"). وبعد فحص طبيبه له كتب وصفة طبية. تقول الوصفة:

- تناول قطعة واحدة من اللحم البقري 1 lb. Beefsteak.
- شراب الشعير كل ست ساعات 1 pt. Bitter beer, every six hours.

- المشي ١٠ أميال يوميًّا ten-mile walk every morning.
- النوم الساعة ١١ ليلا بالضبط bed at 11 sharp every night.
- عدم شغل الرأس بأشياء غير مفهومة And don't stuff up your head with things you don't understand.

ويوضح هذا المثال كيف تغير مفهومنا عما يشكل سلوكًا للأكل مع مرور الوقت. ففي سنة ١٨٨٠، كان تناول اللحوم الحمراء بصورة منتظمة يُعد أمرًا صحيًّا، في حين أن النصيحة الأكثر شيوعًا الآن هي الحد من استهلاك اللحوم الحمراء، كما تشمل التوصيات الراهنة تناول مجموعة واسعة من الفواكه والخضروات يوميًّا جنبا إلى جنب مع الكربوهيدرات عالية الألياف High-Fiber Carbohydrates. إضافة إلى أنه ينبغي أن نتناول اللحوم والأسماك ومنتجات الألبان بدرجة معتدلة، مع ندرة تناول الأطعمة الدهنية والسكرية أو تناولها بكميات صغيرة(Ogden, 2007: 128).

فمعرفة نوعية ما نأكله وكيف نأكله تؤدي دورًا مهمًا في صحتنا على المدى الطويل (Morrison and Bennett, 2009: 63). وقد أثبت الباحثون الارتباط بين النظام الغذائي وأمراض القلب، فضلاً عن بعض أنواع الأورام السرطانية.

وسنركز في هذا الفصل على العوامل المختلفة التي يعتقد أنها تؤثر على سلوكنا في الأكل، ونعرض للنظريات المختلفة التي عرضت تفسيرًا لسلوك الأكل. وأخيرًا، يتجه التركيز إلى موضوع اتباع نظام غذائي.

وسندرس في هذا الفصل:

- الاهتمامات الصحية، سلوك الأكل والثقافة.
- التفسيرات البيولوجية لسلوك الأكل.
- التفسيرات التطورية لسلوك الأكل.
- التفسيرات النفسية لسلوك الأكل.
- النظام الغذائي.

*** الاهتمامات الصحية، سلوك الأكل والثقافة**

Health Concerns, Eating Behaviour and Culture

اختياراتنا الغذائية وسلوكنا في الأكل يرتبطان بشدة بصحتنا؛ فنظامنا الغذائي يمكن أن يكون له تأثير على مدة بقائنا أصحاء أو استسلامنا للمرض. فمثلا، قد

يجعــل اتباعنا لنظام غذائي معين أكثر أو أقل عرضة للإصابة ببعض الأمراض، وبالمــثل، فــإن نوعــية الأطعمة التي نأكلها (أو لا نأكلها) تساعدنا على مواجهة أمــراض مزمنة مثل السكري أو مرض شرايين القلب التاجية. وإذا افتقرنا للمواد الغذائــية، فإن جسمنا لن يعمل وظيفيًّا كما نحب، وربما يضعف – بوجه خاص – جهاز المناعة لدينا، ويجعلنا أكثر عرضة للعدوى. وبعبارة أخرى، ينبغي أن يكون سلوكنا في الأكل موضع الاهتمام الصحي لنا، دون إغفال أن هناك متغيرات كثيرة تؤثــر فــي انخــراطنا أو عدم انخراطنا في الأكل الصحي، وسنكتشف بعض هذه المتغيرات في هذا الفصل.

فالــثقافات المخــتلفة لهــا معتقدات واتجاهات مختلفة نحو الطعام. ففي الطب الــصيني التقلــيدي – على سبيل المثال – تساوي الصحة التوازن بين الين واليانج Yin and Yang، اللتــين توصفان بأنهما قوتان تكميليتان في الكون (Kaptchuk, 2000). وتتــرجم الــين والــيانج إلــى الكميات الباردة والساخنة (وليس درجات الحرارة) الموجودة في الأطعمة؛ حيث يعتقد صحيًّا أنه يجب التوازن بين الأطعمة الــساخنة والباردة. وهذه الفكرة شائعة في الكثير من الثقافات المختلفة، بما في ذلك الــصين والهند والمكسيك(Gurung, 2006). ومن أمثلة الأطعمة الساخنة الحمص والــزنجبيل والــدجاج والكحــول والأطعمة الحامضة، ومن أمثلة الأطعمة الباردة الكرنب والكرفس والعسل والحليب والبطيخ.

كمــا أن هــناك أيضًا اختلافات في الطريقة التي تعرض بها الثقافات الطعام. ففي الغرب، تم تحديد "وباء" قلق الطعام من خلال "بيكر" Becker (١٩٨٦). وقرر "روزيــن" Rozin وزمــلاؤه (١٩٩٩: ١٦٤) أن هــناك "إحــساسًا بين كثير من الأميــركيين بأن الطعام بقدر ما هو سام هو أيضًا غذاء، وأن تناول الطعام يساوي تقريبًا خطورة عدم الأكل". ويتناقض هذا الاتجاه المتطرف بشكل صارخ مع اتجاه الفرنسيين إلى أن الطعام يتسم بكونه أكثر استرخاءً ومتعة(Stearns, 1997). ومن الواضــح إذن أن الــثقافة التــي نعــيش فيها تؤثر على اعتبار أن الأطعمة لذيذة ومــرغوبة وصحية، فضلاً عن الاتجاهات التي نتمسك بها حول طعامنا واهتمامنا بشأن سلوكنا في الأكل.

ويتجلــى ذلك بوضوح في دراسة تهدف إلى استكشاف الاختلافات الثقافية من حــيث الاتجاهــات نحــو الطعام والدور الذي يؤديه في الحياة اليومية. فقد قارن "روزين" وزملاؤه (١٩٩٩) بين أفراد من أمريكا وفرنسا وبلجيكا واليابان، ووجدوا أن الأميــركيين في عينتهم سجلوا أكثر الاهتمامات الصحية، والقلق بشأن نظامهم

الغذائـــي، فضلاً عن تعديل نظامهم الغذائي في الاتجاه الذي يدركونه صحيًّا. وهم أيــضًا أقــل المجموعات الثقافية إدراكًا لذاتهم بأنهم من ذوي الأكل الصحي. وفي المقابــل، كـــان عند المشاركين الفرنسيين قلق أقل، وكانوا أكثر اتجاهًا إيجابيًّا نحو الطعام. وقد أشار "ستيرنز" Stearns (١٩٩٧) إلى أن هذا التفاوت يفسر من خلال الاخـــتلافات في أنماط الأكل التقليدية في البلدين؛ فالفرنسيون يؤكدون على التوسط والجـــودة العالية، أما الأمريكيون فيركزون على الكمية العالية. وتوصل "روزين" وزمـــلاؤه (١٩٩٩) إلـــى أن هـــناك اختلافات كبيرة في الاهتمام بالنظام الغذائي والـــصحة في البلاد المختلفة، بل رأوا أن هناك ارتباطًا بين هذا والمشقة المرتبطة بالأكـــل؛ مما يستدعي مزيدًا من البحث لاكتشاف هذا الارتباط بين الاتجاهات نحو كـــل مـــن الطعـــام والصحة وبين أنماط الطعام المأخوذة. وفي العبارة الأخيرة في مقالـــتهم، أشـــاروا إلـــى أنـــه علـــى المستوى النفسي، ربما كان هناك شيء على الأميـــركيين تعلمه من الفرنسيين(Rozin et al., 1999: 179)؛ ولهذا يسلط الضوء على تأثير الثقافة على اتجاهاتنا وسلوكياتنا التي تركز على الطعام.

كُشف تأثير وسائل الإعلام في تعزيز الصحة في الفصل السادس. وفي سياق ســـلوك الأكل، تمارس وسائل الإعلام نفوذًا كبيرًا، وتجعلنا على علم بسلوك الأكل باعتـــباره موضوعًا صحيًّا. فعلى سبيل المثال، لاحظ "جوف" Gough (٢٠٠٧) أن حالـــة الطعام في الثقافة الشعبية الغربية تتأثر بعدد كبير من برامج الطبخ الناجحة فضلاً عن الكثير من مقالات الطهي والوصفات والمطاعم المعروضة في المجلات والـــصحف التي وصفها "تشامبرلين" Chamberlain (٢٠٠٤) بـــ "منتديات المعدة" gastro-porn. فالأنـــشطة ذات الصلة بالطعام (التسوق، الطهي، الأكل، اتباع نظام غذائـــي) تتمتع بمستوى رفيع على غرار تلك التي أعطيت للطعام نفسه. فمثل هذه الأنشطة يتم تصويرها في المجتمع الغربي على أنها اهتمام أنثوى (Caplan et al., 1998). وبالمـــثل، هـــناك افتراض - على نطاق واسع - أن الرجال يميلون إلى الاعـــتماد علـــى النـــساء فـــي الحصول على النصيحة والدعم فيما يخص الطعام والصحة(e.g. Courtenary, 2000).

والفكرة القائلة بأن النساء عادة يشترين، ويحضرن، ويطهين الطعام، في حين يعـــتقد أن الـــرجال أقـــل اطلاعًا على الفوائد الخاصة بالمواد الغذائية (Nutrition Forum, UK, 2003)، وأن الـــرجال ســـجلوا نـــسبة أقـــل فـــي تـــناول الفواكه والخضروات من النساء(Baker and Wardle, 2003)، وأن الطعام والصحة عادة تـــرتبط بالأنـــوثة، هذه الفكرة جعلت "جوف" (٢٠٠٧) يتجه انتباهه نحو استكشاف

دور وسائل الإعلام في التأثير على النظام الغذائي للرجال، وذلك من خلال تحليله قاعدة بيانات للجرائد الوطنية في المملكة المتحدة وبحثه في المقالات المرتبطة بالرجال والنظام الغذائي. وحدد ثلاثة أنماط مختلفة من التغطية الإعلامية:

١- **التحذير! النظام الغذائي للذكور قاتل Warning! Male diet kills**: فعادات الأكل لدى الذكور تؤدي إلى الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة، خاصة الأورام السرطانية، ومشكلات القلب والسمنة والاختلال الجنسي. فالرسالة الواضحة في هذه الأنواع من المقالات هي أن الذكور ينبغي أن يغيروا طريقتهم لحماية صحتهم.

٢- **الرجال يطهون، ولكن بطريقة "ذكورية" Men cooking, but in a "Masculine" way**: هذه المقالات تقرر انخراط الذكور في الطهي، ولكنها تسلط الضوء على طريقة الطهي الذكورية لتكون أقرب إلى أداء مهمة عسكرية أو رياضة.

٣- **الرجال الحقيقيون لا يتبعون نظامًا غذائيًا Real men don't diet**: أثبتت هذه المقالات أن اتباع نظام غذائي صفة أنثوية، وأنها بدأت الآن تجذب المزيد من الرجال. وتتجه الأنظمة الغذائية المخصصة للرجال إلى زيادة تركيزها على الطرق النمطية للذكور، مثل التأكيد على التأني وقوة التحمل.

وقد استنتج "جوف" (٢٠٠٧) أن تمثيل الوسائل الإعلامية للرجال وللأنظمة الغذائية يتضح فيه النمط الذكوري التقليدي، حيث يعتمد استمرار تقديم النظام الغذائي على كونه أحد اهتمامات المرأة وبعيدًا عن الاهتمامات الذكورية. وأضاف "جوف" أن حتى تمثيل وسائل الإعلام للذكور ولتغييرات النظام الغذائي يُعد أمرًا غير مرغوب فيه لتحقيق تشجيعهم على تناول سلوكيات الأكل الأكثر صحية. على وجه التحديد، اقترح أن:

"وسائل الإعلام تحتاج إلى أن تعترف بالتنوع بين الرجال – فهناك احتمال بأن بعض الذكور يهتمون بما يأكلون وتأثيره على صحتهم – وتقديم النصيحة المصممة خصيصا لفئات محددة من الرجال، مع أخذها في الاعتبار الاهتمامات الخاصة ومعوقات تحقيق هدفها"(Gough, 207: 336).

لكن "جوف" لم يقدم حلولاً بشأن كيفية تنفيذ مقترحاته.

وبعد التقديم المختصر لبعض الموضوعات التي قد تؤثر أو لا تؤثر على كيفية إدراكنا لقيمة سلوك الأكل من حيث كونه اهتمامًا صحيًا، يتوجه انتباهنا الآن إلى ثلاثة حسابات تم طرحها لتفسر لنا سلوك الأكل.

*** التفسيرات البيولوجية لسلوك الأكل**

Biological Explanations for Eating Behaviour

يتم التحكم في كمية الطعام المتناولة واستهلاك الطاقة من خلال أنظمة عصبية معقدة نصفها في هذا الفصل بطريقة مبسطة. حيث لاحظ "ليونارد" Lenard و"بيرثويد" Berthoud (٢٠٠٨) أن هناك تطورًا كبيرًا في تحديد أهمية دور الميكانيزمات الهرمونية والعصبية المتعددة التي يخلق المخ من خلالها حالة التوازن Homeostasis من خلال تنظيم سلوكنا في الأكل. والجزء الرئيس في المخ الذي يشارك في تنظيم شهيتنا للأكل هو ما تحت المهاد (الهيبوثلامس) Hypothalamus، حيث يثير الجزء الجانبي من تحت المهاد إحساسات الجوع، في حين أن المنطقة الأمامية الوسطية من تحت المهاد تتسبب في الشعور بالشبع، وغالبًا ما تسمى "مركز الشبع" Satiety Centre. وقد ركز على التفاعل بين هاتين المنطقتين في منطقة ما تحت المهاد "نيسبت" Nisbett (١٩٧٢) في تطوير نظرية "نقطة الحسم" Set-Point Theory.

- نظرية نقطة الحسم:

قدمت نظرية نقطة الحسم من خلال "نيسبت" (١٩٧٢)، الذي ناقش كيفية تحديد وزن الجسم من خلال نقطة الحسم، التي تنظم الوزن بالطريقة نفسها التي تنظم بها الترموستات درجة حرارة المبرد(Stroebe et al., 2008). ورأى "نيسبت" (١٩٧٢) أن الأفراد المختلفين لديهم درجات لأوزانهم ذات مستويات مختلفة. كما لاحظ "ستروبي" Stroebe وزملاؤه (٢٠٠٨ : ١٧٦) أن "في ثقافتنا، يتعرض الأفراد ذوو الوزن الزائد لموقف مُحرج وهو تقدير وزنهم بشكل يفوق المعيار الثقافي". والحجة التي يستند إليها هؤلاء الأفراد هي أنهم سيحاربون للدفاع عن وزن جسمهم ضد أي ضغوط لتغيير، وأن هذا قد يكون السبب وراء أن الأفراد المصابين بالبدانة يجدون صعوبة في تحقيق ما يراه المجتمع وزنًا طبيعيًّا. وقد انتقد الباحثون هذه النظرية في كونها تعاني نقصًا في الدعم الأمبريقي (e.g. Pinel et al., 2000; Stroebe, 2008)، لكن كان لها تأثير دائم على التفكير في سلوك الأكل، خاصة في مجال السمنة.

- دور الآليات العصبية في ضبط كل من الأكل والشبع The Role of Neural Mechanisms involved in Controlling Eating and Satiation:

يوجد في الجزء الأعلى من تحت المهاد نواة فقرة البطين Paraventricular Nucleus (PVN). وتعمل نواة فقرة البطين على دمج الإشارات التي تؤثر على

عمليات الأيض والهضم. وتُسمى الإشارة الرئيسة في هذه النقطة باسم "الببتيد العصبي – واي" Neuropeptide Y (NPY). ومهمتها الرئيسة هي زيادة كمية الطعام المأخوذة وخفض النشاط الجسمي، كما أنها أيضًا تزيد من نسبة الطاقة المخزونة في شكل دهون. ويتم فرز "الببتيد العصبي – واي" من منطقة تحت المهاد استجابة لانخفاض مستويات هرمون "اللبتين" Hormone Leptin.

ويفرز هرمون "اللبتين" من خلال الخلايا الدهنية، ويرسل رسائل إلى المخ حول كمية الدهون التي يتم تخزينها في خلايا الجسم من الدهون (المعروفة باسم Adipocytes)؛ لذا نجد أن النحفاء يفرزون أقل كمية من هرمون "اللبتين" مقارنة بالبدناء. كما وُجد أن له تأثيرًا غير مباشر على شبعنا؛ وذلك لأن زيادة مستويات الدهون المخزنة، سيصاحبها زيادة إفراز أكثر لهرمون "اللبتين"، ويفسر المخ ارتفاع مستويات هرمون "اللبتين" إلى الحاجة إلى الأكل بكميات أقل؛ وبالتالي نشعر بالشبع الكامل بشكل عاجل. في المقابل، إذا ما اشتركنا في اتباع نظام غذائي، تنخفض مستويات الدهون المخزنة؛ وكذلك مستويات هرمون "اللبتين". هذا الانخفاض في إشارات هرمون "اللبتين" تفسرها منطقة ما تحت المهاد بأن هناك حاجة إلى زيادة كمية الطعام المأخوذة وزيادة إفراز "الببتيد العصبي – واي".

كما يطرح تفسير آخر لدور الآليات العصبية في ضبط كل من الأكل والشبع، حيث إننا عندما نأكل ونصل إلى مرحلة الشبع تستجيب معدتنا وأمعاؤنا بالتمدد، ومع هذا التمدد، ترسل إشارات لمخنا، وعندما يصل الطعام إلى المعدة، يفرز "الببتيد كوليسيستوكينين" Peptide Cholecystokinin (CCK) داخل النظام الدموي في الأمعاء الرفيعة، ويعمل على إرسال رسالة إلي الخلايا العصبية في الجزء السفلي من جذع المخ التي تتحكم في الهضم، فضلاً عن دور الخلايا الأخرى في الجزء الأمامي من المخ التي تكبح كمية الطعام المأخوذة (Greenough et al., 1998). كما يؤدي "السترونين" Serotonin دورًا في تنظيم سلوكنا في الأكل، وعلى وجه الخصوص في تقليل كمية الطعام المأخوذة. وسيناقش دوره في الرغبة في أكل الكربوهيدرات بمزيد من التفصيل في وقت لاحق في هذا الفصل.

* التفسيرات التطورية لسلوك الأكل

Evolutionary Explanations for Eating Behaviour

"يسجل الباحثون أن من عادات البشر في التغذية أربعة أمور: التنوع الملحوظ في العادات الغذائية داخل وبين قطاعات السكان، وحقيقة أن الأغذية لدى الكثير من

السكان تكون مزروعة بدلاً من الاصطياد أو الاستقطاب، وأهمية التقاليد الثقافية والطقوس فيما يتعلق بالغذاء، وحقيقة معالجة المواد الغذائية في كثير من الأحيان – على سبيل المثال عن طريق الطهي أو بوسائل أخرى – قبل أكلها. وهذه الأمور ظاهرة منذ بداية الخليقة"(Krebs, 2009: 707).

وفي استعراض لمقالة "جون كريبس" John Krebs، التي ذكر فيها أنه على الرغم من أن تفضيلات الإنسان للطعام تتشكل من خلال الخبرة الثقافية والشخصية، فمن الضروري أيضًا التعرف على تراثنا التطوري. وأهمية هذا التراث – كما لاحظ "جون كريبس" – تتحدد من خلال علم وظائف الأعضاء والتشريح. فعلى سبيل المثال، استطاع الباحثون الدارسون لبقايا البشرية تأكيد أن أجدادنا الأوائل كانوا من آكلى اللحوم والنباتات Omnivores. فالباحثون تمكنوا من تقدير أن النظام الغذائي لأجدادنا كان تقريبًا ٧٥٪ من الفاكهة والنباتات، و٢٥٪ من اللحوم، وأن آكلى اللحوم والنباتات لديهم قدرة تكيفية على تناول أطعمة متنوعة ولكن بكميات صغيرة، وهذا بدوره يقلل السُمية (تناول كمية صغيرة فقط)، ويزيد من العناصر الغذائية (إذا كان هناك تنوع لمصادر الغذاء فإن ذلك يضمن الحصول على العناصر الغذائية من مصدر آخر). لخص "ريميك" Remick وزملاؤه (٢٠٠٩) أن حالة أكل النبات والحيوان – تفضيلنا لنوع الأطعمة – يمثل ميزة للبشر.

أما الدليل التطوري الآخر لتفضيلاتنا وسلوكياتنا في الأكل، فقد جاء من دراسة عن استخدام التوابل في الطعام. ففي الإجابة عن سؤال: "لماذا نضيف توابل في الأكل، مع أنها قد تكون سامة، وكذلك مكلفة"؟، قدمت إجابات تستند على مفهومين للتغذية: الأول، أن التوابل تحتوى على مواد غذائية مهمة، والآخر، أنها تحتوى على خصائص مضادات الميكروباتAntimicrobial Properties؛ وبالتالي يمكنها قتل أو كف تطور نمو الكائنات الدقيقة مثل البكتيريا (Sherman and Billing, 1999). وأضيف اقتراح ثالث، وهو أنه بسبب كون التوابل مكلفة، فإن إضافتها إلى طعامك تمثل وسيلة لمعرفة الآخرين أنك غني. ومع ذلك فقد لاحظ الباحثون أن التوابل تستخدم أكثر في البيئات الساخنة، وأن التوابل التي تميل هذه البيئات لاستخدامها هي التي تمنع تطور نمو البكتيريا في أطباق اللحوم (Sherman and Hash, 2001). وملخص هذا الاقتراح هو أن نتعلم من خلال التطور الثقافي تسخير الجوانب الطبيعية الواقية لهذه التوابل، وإدراجها في أنظمتنا ولأذواقنا الغذائية.

كما ركز البحث المستقبلي التطوري على نمونا الجيني. وقد وضعت عن فكرة الجينات نظرية "جينات ثريفتي" Thrifty Genes (e.g. Diamond, 2003). ويوضح "كريبس" Krebs (۲۰۰۹) أنه في الماضي كان يتم اختيار التعامل مع فترات المجاعة والوليمة بشكل وراثي. وهذا يعني أن أسلافنا من البشر الذين يملكون جين الثريفتي – وبالتالي يبرمجون بالشهية الكبيرة – يتميزون بأن لديهم القدرة على تناول الطاقة بسرعة. وبعبارة أخرى، جينات الثريفتي تمكن الأفراد من جمع المواد الغذائية ومعالجتها بكفاءة لتخزين الدهون خلال فترات الوفرة. وعلى الرغم من أن تأثير جين الثريفتي ليس مفيدًا جدًّا في هذه الأيام التي تتسم بوفرة نسبية، فإنه يمكن أن يفسر لنا ما نشهده حاليًا من احتمال ارتفاع مستويات السمنة. وفي الواقع، طُرحت هذه الفكرة من قبل "يليجاسزيك" Ulijaszck (۲۰۰۲)، الذي لاحظ أن اختيار أسلافنا لتناول الأطعمة الغنية بالطاقة كان لاعتبارها وسيلة لتخزين كمية طاقاتهم المأخوذة؛ بسبب أنهم لا يعرفون على وجه اليقين متى سيكونون قادرين على تناول الطعام في المرة التالية. وبعبارة أخرى، كان توفر الطعام أقل بشكل مؤكد، وفي المقابل أصبح سلوك الأكل في وقتنا الراهن يختص باستهلاك الوجبات الغذائية عالية الطاقة التي لم تعد ترتبط بالدورات الموسمية لتوفر الغذاء، وهذا يعني أننا نستمر في تفضيل الأغذية الغنية بالطاقة، على الرغم من قلة حاجتنا لها. وهكذا، فإنه من المحتمل أن العادة التي تكونت بناءً على الجوانب الجسمية والتشريحية والوراثية تؤدي دورًا في سلوك تناولنا للطعام. كما قرر "كريبس" (۲۰۰۹) أن الصورة معقدة، وذكرنا بأهمية أخذ متغيرات أخرى في الحسبان، والسعي لتفسير سلوكنا في الأكل.

"ورغم أن خلفيتنا التطورية قد تساعد في تفسير تفضيلاتنا للطعام واستجابتنا له، فضلاً عن اختلاف هذه الاستجابات، فإن هذا لا يقلل من الأهمية الحاسمة للتأثيرات البيئة، والارتقائية، والثقافية"(Krebs, 2009: 710).

*** التفسيرات النفسية لسلوك الأكل**

Psychological Explanations for Eating Behaviour

اقترب الأخصائيون النفسيون من مهمة تفسير سلوكنا في الأكل من وجهات نظر متنوعة. فعلى سبيل المثال، هناك الكثير من الأبحاث التي اكتشفت العلاقة بين الغذاء والمزاج، وبشكل أكثر تحديدًا، البحث في سبب اتجاه أصحاب الأمزجة المنخفضة نحو الكربوهيدرات غالبًا. كما اتخذ بعض الباحثين منظورًا أكثر ارتقاء،

حيث اكتشفوا كيفية تأثير عمليات التعرض للغذاء والتعلم الاجتماعي على سلوكنا في الأكل. وأخيرًا، اكتشاف فكرة "الأكل الجنوني" التي طرحها "انسينك" Wansink (٢٠٠٧).

- **المزاج Mood:**

ركزت الكثير من الأبحاث التي كان محورها الغذاء وعلاقته بالمزاجِ حول تأثير الحالة المزاجية السلبية على استهلاك الكربوهيدرات بصفة خاصة. وتعرف متلازمة شغف تناول الكربوهيدرات Carbohydrate Craving Syndrome بأنها الرغبة الشديدة – التي لا يمكن مقاومتها تقريبًا – في استهلاك الأطعمة الحلوة أو النشوية استجابة للحالات المزاجية السلبية (Wurtman, 1990). وقد استُنتج أن تناول الكربوهيدرات يؤدي إلى تحسين المزاج؛ مما يمكن من اعتبار تناول مثل هذه الأطعمة شكلا من أشكال العلاج الذاتي Self-Medication (e.g. Wurtman and Wurtman, 1995). وأحد التفسيرات المحتملة لمتلازمة شغف الكربوهيدرات هو أن الأفراد يرغبون في الكربوهيدرات عندما يفرز مخهم نسبة أقل من مادة عصبية تسمى "السيروتونين"Neurotransmitter called "Serotonin". والسيروتونين هو المسئول عن تقليل الشهية، وتخفيف الانفعال، وتحسين المزاج (Wurtman and Wurtman, 1995). وقد فسر "كافالا" Cavallo و"بينتو" Pinto (٢٠٠١) سبب كون الكربوهيدرات مهمة في هذه العملية، حيث وجدا أن الكربوهيدرات تعمل خلال هرمون الأنسولين، والذي بدوره يحفز مستويات مرتفعة من الـ "تريبتوفان" Tryptophan في المخ، والذي يتم تحويله بعد ذلك إلى السيروتونين، وعندما تكون مستويات السيروتونين لدينا منخفضة، فإننا نميل إلى الشعور بالاكتئاب، والاستثارة أو التوتر، فيرفع تناول الكربوهيدرات بشكل غير مباشر من مستويات السيروتونين، ويخلق تأثير البهجة Euphoric Effect (Fernstrom and Wurtman, 1971).

وقد فحص متلازمة شغف الكربوهيدرات حديثا كل من "كورسيكا" Corsica و"سبرنيج" Spring (٢٠٠٨) باستخدام مجموعة "البلاسيبو الضابطة" Placebo Controlled ومجموعتي "محاولة التعمية المزدوجة" Double-Blind Trial. وفي المحاولة الثالثة للدراسة، شاركت سيدات زائدات الوزن ينطبق عليهن معايير شغف الكربوهيدرات، حيث سجلت المشاركات حالتهن المزاجية عدة مرات قبل انخفاض مزاجهن وبعده (وهي طريقة معروفة باستقراء حالة المزاج المزعج Dysphoric Mood Induction). فبعد انخفاض مزاجهن بيوم واحد، قدم لهن مشروب الكربوهيدرات، وبعد يومين قدم لهن مشروب غني بالبروتين، وكان للمشروبين

المــذاق نفسه، كذلك كان المشروبان متساويين في السعرات الحرارية أيضًا، وبذلك يقــع الاخــتلاف فقــط فــي المحــتوى الغذائي، وفي اليوم الثالث قدم للمشاركات المشروبان وطلب منهن اختيار المشروب الأكثر تفضيلاً، معتمدات على ما شعرن به في الاختبارات المبكرة.

وأظهــرت النــتائج أنــه عــندما كــان مــزاجهن منخفــضًا، كن شغوفات بالكــربوهيدرات، فاختــرن مشروب الكربوهيدرات بشكل كبير مقارنة بالمشروب الغنــي بالبروتين، حيث ذكرن أنهن اخترن هذا المشروب؛ لأنهن شعرن أنه حسن مزاجهن بشكل دال. فمشروب الكربوهيدرات يدرك بأنه أكثر قبولاً من قبل شغوفي الكــربوهيدرات، علــى الــرغم مــن أنه قبل إجراء التجربة، تمت إجراء "اختبار الــتذوق"؛ حتــى يتم التأكد من عدم وجود أي اختلاف بين المشروبين. واستخلص "كورســيكا" و"سبرنيج" (٢٠٠٨) أن دراستهما تدعم التأثير الإيجابي للكربوهيدرات في تحسين الحالة المزاجية.

وقد أشار "ليمان" Lyman (١٩٨٩) إلى أن العلاقة بين الطعام والمزاج ثنائية الاتجــاه، وهــذا يعنــي أن اختياراتنا للطعام ربما تؤثر في مزاجنا، كذلك قد يؤثر مزاجنا في اختياراتنا للطعام. وبالمثل، أشار "كريستينسين" Christensen (٢٠٠١) إلــى العلاقــة الدورية التي توجد بين الطعام والمزاج لدى الأفراد الذين يشعرون بالمــشقة الانفعالية. وقد ذكر "كريستينسين" و"بروكس" Brooks (٢٠٠٦ : ٢٩٤) هذا بالتفصيل، فقالا إن:

"المــشقة الانفعالــية – مثل أعراض الاكتئاب والتعب خاصة – تولد الرغبة الشديدة في تناول الوجبات الحلوة الخفيفة الغنية بالكربوهيدرات، مثل: الآيس كريم، وحلــوى البارات، والحلويات. فالرغبة الشديدة تسبب البحث عن استهلاك مثل هذه الوجــبات الخفــيفة، التــي تؤدي إلى تحسن مؤقت في المزاج. وبسبب أن التحسن يكون مؤقتًا، فإن حالة المزاج السلبي تعود، وتبدأ الدائرة مرة أخرى".

كمــا ربــط باحــثون آخرون بين سلوك الشغف بالأكل الانفعالي Craving Emotional Eating Behaviour (e.g. Hill et al., 1991) والمــزاج (e.g. Christensen and Pettijohn, 2001). وبالمثل، أظهر "سايغ" Sayegh وزملاؤه أن شرب الحلو – أي الشراب الغني بالكربوهيدرات – يقلل من الاكتئاب والغضب والارتباك لدى السيدات اللاتي يعانين من أعراض الحيض.

ولمــزيد مــن كــشف افتــراض العلاقة التبادلية بين الطعام والمزاج، وضح "كريستينــسين" و"بــروكس" (٢٠٠٦) تأثيــر منبه الأحداث الشاقة وغير الشاقة على

اعـــتقادات الأفراد في نوعية الطعام التي يتناولونها. حيث طلب من المشاركين قراءة مقالـــة قـــصيرة "ســـعيدة" أو "حـــزينة"، وأن يضعوا أنفسهم في الموقف الموصوف، ويتـــصوروا أنفـــسهم في هذه الخبرة، ويعانوا من المشاعر والانفعالات الموصوفة. وبعـــد قراءة المقالة القصيرة، انعكس ذلك على اختيار الذي يعتقدون أنه ينبغي عمله إذا مـــروا فعلاً بخبرة الأحداث الموصوفة، وبالتالي أكملوا استبيان الغذاء، حيث طلب منهم إعطاء معدل لاحتمال تناول كل من الأطعمة المدرجة في القائمة. وعلى الرغم من الانتقادات التي وجهت للدراسة على أساس المنهج - حيث كان جميع المشاركين مـــن طلاب علم النفس، وبالتالي ربما لا يكونون ممثلين للجمهور الأوسع نطاقًا، كما أن السيناريوهات هي مقالات قصيرة بدلاً من الحقيقة - فقد قدمت نتائج هذه الدراسة دعمًـــا لدراسات أخرى منشورة، وأشار "كريستينسين" و"بروكس" (٢٠٠٦) إلى أنهما قد وفرا مزيدًا من الأدلة حول كون اختيار الأكل يتأثر بالمزاج.

- **التعرض Exposure:**

نحتاج لتنوع الأطعمة التي نتناولها للحصول على نظام غذائي متوازن، ولكن بـــشكل متـــناقض نظهـــر الخوف والتجنب لتناول المواد الغذائية غير المألوفة لنا. ويـــسمى ذلـــك بـــ "رهاب الطعام الجديد"Food Neophobia. ويقصد بالـــ "رهاب الجديـــد" الخـــوف (Phobia) مـــن الأشياء الجديدة (Neo)، وفي هذا السياق، تعد الأشياء الجديدة هي المواد الغذائية. كما يُعرف من خلال "بلينير" Pliner و"هوبدين" Hobden (١٩٩٢) بأنـــه "الإحجام عن أكل الأطعمة الجديدة أو تجنبها"، حيث يؤثر "رهاب الطعام الجديد" على تنوع الاختيارات الغذائية اليومية، سواء من خلال عدم الـــرغبة في محاولة تناول الأطعمة الجديدة، أو من توقع عدم ميل السلوك نحو هذه الأطعمة(Hursti and Sjoden, 1997; Raudenbush and Frank, 1999).

ويظهـــر عادة "رهاب الطعام الجديد" في الأطفال الصغار، لكن يمكن أيضًا أن يـــوجد فـــي الراشدين، ويعتقد أنه يقل كلما تعرض الأفراد إلى الكثير من الأطعمة الجديدة(e.g. Birch and Marlin, 1982; Pliner et al., 1993). ويعتقد أن لعملية التعرض دورًا؛ لأن الأفراد يكتشفون أن تناول الطعام لم تنتج عنه أية نواتج سلبية.

وقـــد كشف "فلايت" Flight وزملاؤه (٢٠٠٣) أن التعرض للثقافات المختلفة وارتفـــاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي يزيد المعرفة بمدى تنوع المحفزات بما في ذلك الطعام، وبالتالي قد يقلل من "رهاب الطعام الجديد". وبالمثل، وجد "أولابي" Olabi وزمـــلاؤه (٢٠٠٩) بمقارنـــة طـــلاب الجامعـــة اللبنانيـــين مـــع نظرائهم الأميـــركيين، أن هؤلاء الطلاب الذين ذهبوا في رحلات خارج بلدهم عادة يأكلون

الأطعمـــة العرقية، وأن الذين لم يكن لديهم تاريخ مرضي بعد تناولهم أطعمة جديدة هم أقل احتمالاً للإصابة بـــ "رهاب الطعام الجديد".

كمـــا رأى باحـــثون آخرون أن التحضر يخفض من "رهاب الطعام الجديد"؛ نتيجة لتوفر عملية التعرض لمدى واسع من الأطعمة المختلفة؛ ولهذا وجد "توريلا" Tuorila وزمـــلاؤه (٢٠٠١) فـــي فنلندا أن درجة "رهاب الطعام الجديد" تنخفض بـــزيادة مـــستوى التحضر. وبالمثل، قارن "فلايت" وزملاؤه (٢٠٠٣) بين طلاب المـــدارس الـــثانوية الـــريفيين والحضريين الأستراليين، ووجدوا أن المراهقين في الـــريف كانوا أكثر تعرضًا لـــ "رهاب الطعام الجديد" مقارنة بنظرائهم الحضريين. وبالإضـــافة إلى ذلك، ثبت أن الطلاب الريفيين لديهم مستويات أعلى من الشك نحو الأطعمة الجديدة مقارنة بذوي الهوية الحضرية(Backstrom et al., 2004).

يذكـــر "أولابي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن دراسة "رهاب الطعام الجديد" له أهمية خاصـــة بسبب تأثيرها على تفضيلاتنا للطعام، خاصة أن النتائج المحتملة من اتباع نظـــام غذائي تكون أكثر تقييدًا(Tuorila et al., 2001). وبفهم هذه العوامل المؤثرة في اتباع نظام غذائي تتوفر لنا الفرصة لتطوير التغييرات الإيجابية نحو تفضيلاتنا للطعام وتنفيذها وتعزيزها.

كمـــا دعـــى "أولابـــي" وزملاؤه (٢٠٠٩) أيضًا إلى مزيد من الدراسات عبر الـــثقافات للمـــساعدة في تحديد المتغيرات الثقافية والقومية التي تؤثر في اختيارات الطعـــام. فمـــثلا سبق في هذا الفصل بيان تأثير الأطعمة "الساخنة" و"الباردة" على تحقيق نظام غذائي متوازن. وبالمثل، وجد "ريتشلي" Ritchley وزملاؤه (٢٠٠٣) أن الراشـــدين الأمـــريكيين والفنلنديين يتكافأون في "رهاب الطعام الجديد"، ولكنهما يحققان نسبة أعلى مقارنة بالراشدين السويديين. فالمعلومات المتوفرة من الدراسات عبـــر الثقافـــية تـــزيد مـــن فهمنا للمتغيرات التي تؤثر في "رهاب الطعام الجديد"، وبالتالي المساعدة في تطوير التدخلات الهادفة إلى تغيير سلوك الأكل.

– التعلم الاجتماعي Social Learning:

الـــتعلم الاجتماعـــي هو عملية مراقبة سلوك الآخرين وتأثير ذلك على سلوكنا الخـــاص. ويـــناقش التعلم الاجتماعي عادة في سياق تطوير تفضيلات الأطفال عن طـــريق تعلمهـــم من آبائهم أو آخرين مهمين في بيئتهم. فعلى سبيل المثال، أظهر "لـــوي" Lowe وزمـــلاؤه (١٩٩٨) أن الأطفـــال الذين لديهم تاريخ لرفض الطعام تحـــسنت تفـــضيلاتهم للطعـــام بعد مشاهدة شريط فيديو للأطفال الأكبر سنًا (غذاء الـــرجال) وهـــم متحمـــسون لتـــناول الطعام الذي كان قد رفض من قبل الأطفال

الصغار. ومع ذلك، يمكن للتعلم الاجتماعي أن يطبق في مرحلة الرشد. ويرى "هيرمانز" Hermans وزملاؤه (٢٠٠٩) أن النمذجة (أو التعلم الاجتماعي) مفيدة لأسباب مختلفة، ولكن وظيفتها الاجتماعية قد تكون ضرورة خاصة؛ ولذلك قرروا أن القوة الأولية وراء النمذجة بين البشر هي الرغبة في أن يكونوا مثل الآخرين، ومنتمين إليهم(de Waal, 2001).

وعلاوة على ذلك، أوضح "شارتراند" Chartrand و"بارغ" Bargh (١٩٩٩) أن الإعجاب والتفاعل بين الشخص النموذج والشخص الآخر الذي يُحاكيه تكون أكثر سلاسة وتناغمًا.

وثمة وسيلة أخرى لتنفيذ التعلم الاجتماعي وهي وسائل الإعلام، وقد نوقش أثرها في وقت سابق. ونلاحظ هنا أن التلفزيون والإعلانات الغذائية على حد سواء تكون مؤثرة في كل مكان. وبالإضافة إلى ذلك، استخلص "ماكنتاير" Macintyre وزملاؤه (١٩٩٨) أن وسائل الإعلام لها تأثير كبير على ما يأكله الأفراد وكيفية تفكيرهم في الأطعمة.

- **الأكل الجنوني Mindless eating:**

استفاد "وانسينك" Wansink (٢٠٠٧) من النظريات النفسية في أعماله، وأكد أن معظمنا "غير واعين بالمؤثرات في كمية ما نأكله". وفي الواقع، يذهب "وانسينك" إلى حد القول بأن ما نقوم به عادة هو الانخراط في عملية تناول الطعام الجنوني. وقد تشكلت هذه النتيجة بعد إجراء الكثير من الدراسات الهادفة إلى ملاحظة ما يؤثر على سلوكنا في الأكل.

وتشمل مثل هذه الدراسات إعطاء خمسة أيام ذرة صفراء قديمة (ناشفة لكن آمنة للأكل) لرواد السينما وقياس مقدار ما يأكلون(Wansink, 2007: 18). وفي دراسات أخرى استخدمت "صحن حساء مقعر" Bottomless Soup Bowl (Wansink, 2005). في هذه الدراسة المبتكرة، طور "وانسينك" وزملاؤه (٢٠٠٥) وسيلة لإعادة ملء أطباق الحساء دون إدراك رواد المطعم، ثم دعا المشاركين إلى تناول الحساء وفي نهاية كل ٢٠ دقيقة يتم تقدير عدد السعرات الحرارية التي تم تناولها. وكانت أطباق بعض المشاركين استثنائية "أطباقًا مقعرة" Bottomless Bowls أما أطباق الآخرين فكانت عادية. ووجد "وانسينك" وزملاؤه (٢٠٠٥) أن هؤلاء الذين تناولوا في أطباق عادية قد أكلوا حوالي ٩ أوقية من الحساء، في حين أن من تناولوا في أطباق مقعرة أكلوا متوسط ما يقرب من ٣٢ أوقية. وقد قدر المشاركون في كلتا المجموعتين أنهم تناولوا كمية مماثلة من السعرات الحرارية،

ولكـــن الحـــق أن هؤلاء الذين أكلوا في أطباق مقعرة لا يدركون أنهم تناولوا أكثر بثلاثة أضعاف مقارنة بنظرائهم، وهذا كبير لأنهم اعتمدوا على المنبهات الخارجية (عندما كان الطبق فارغاً)، بدلاً من الاعتماد على الإشارات الداخلية (عندما شعروا بالامـــتلاء) للتوقف عن الأكل. وكشفت أعمال "وانسينك" أسسًا نفسية جديدة لسلوكنا فـــي الأكل، وعرضت الكثير من الطرق غير الملحوظة في كثير من الأحيان التي يمكن أن يتأثر بها سلوكنا في الأكل.

الموجز:

كشف هذا القسم من الفصل عن بعض نظريات علم النفس الرئيسة المطروحة لتفـــسير ســـلوك الأكـــل. وقد شملت العلاقة بين الطعام والمزاج، وتأثير التعرض لطعـــام جديـــد وكيفـــية تأثيـــره على "رهاب الطعام الجديد"، وتأثير محاكاة التعلم الاجتماعي، وإمكانية الأكل الجنوني. ويتجه اهتمامنا الآن إلى موضوع اتباع نظام غذائي.

*** النظام الغذائي Dieting :**

الوفرة النسبية للطعام في الغرب، إضافة إلى زيادة نمط الحياة المستقر، جعلتا كلا من "ستبتو" Steptoe و"واردلي" Wardle يطرحان مقولة أن "وباء الإفراط في الاستهلاك، ليس فقط في الطاقة، ولكن أيضًا في الدهون والسكر والملح". وذلك في الـــوقت الـــذي انخفض فيه استهلاكنا للأطعمة ذات الألياف العالية والقيمة الغذائية. ويـــرتبط كـــل هذا بالتغيرات في طعامنا ونشاطنا مع زيادة معدلات وباء "السمنة" Obesity (Kumanyika et al., 2002; Strauss and Pollack, 2001).

كمـــا أن التغيـــرات في بيئتنا الجسمية والثقافية والاجتماعية قد تؤدي إلى ما يُسمى بـــ "بيئة جينات السمنة" Obesogenic (سيتم طرح هذا المصطلح بمزيد من التفـــصيل في الفصل التاسع). وتتميز بيئة جينات السمنة بوفرةٍ الطعام الذي يحتوى علـــى نـــسبة عالية من الدهون وسهولة الوصول إليه، فضلاً عن أن نمط الحياة لا يتطلب بذل جهد يصاحبه استهلاك في مجال الطاقة.

بالإضافة إلى أن الزيادة العامة في حجمنا وانخفاض نشاطنا الجسمي تتوازى مع التغيرات في المعايير الثقافية بشأن حجم الجسم والشكل، وخاصة معايير نموذج الأنثى. فعلى سبيل المثال، لاحظ "ستراهان" Strahan وزملاؤه (٢٠٠٦) أن صورة المـــرأة الـــرفيعة فـــي كل مكان في وسائل الإعلام، ومجلات المرأة تحتوي على رســـائل كثيرة حول الجاذبية الجسمية(Malkin et al., 1999). وفي الواقع، ذكرت

المؤسسة القومية لاضطرابات الأكل the National Eating Disorders Association (٢٠٠٢) أنه في حين أن متوسط الأمريكية في الطول ٥,٤ قدمًا والوزن ١٤٠ رطلا، فإن متوسط نموذج الأمريكية هو ٥,١١ قدما و١١٧ رطلا. وهذا يعنى أن مجموعة معايير الجاذبية الجسمية اعتمدت على نماذج غير واقعية عن متوسط ما تسعى إليه المرأة. كما يتزايد الاهتمام بتأثير التصوير الإعلامي للرجل على شكل الذكور في الواقع.

هذا يعني أن لدينا زيادة عامة في حجم السكان ووزنهم، ووباء السمنة، وتوافر الكثافة العالية والمواد الغذائية الغنية بالطاقة، جنبًا إلى جنب مع المعايير الثقافية لشكل الجسم التي تؤكد على الأهمية المتزايدة لكون الجسم رشيقًا. هذه التشكيلة من المؤثرات تؤدي إلى كثرة النظر في اتباع نظام غذائي، أو كما هو معروف بـ "كبح الأكل" Restrained Eating. والواقع، أن هناك زيادة في انتشار معدلات "كبح الأكل"(Offer, 2001). فمن بين أولئك الذين يشاركون في كبح الأكل، نجد بعضهم قد يكون زائد الوزن، ويتمنى أن يفقد هذه الزيادة في الوزن لأسباب صحية، وبعضهم قد يكونون زائدي الوزن، ويرغبون في إنقاص وزنهم لأسباب اجتماعية - تتفق مع المعايير الاجتماعية التي أوجدتها وسائل الإعلام للشعور بزيادة التقبل - وهناك مجموعة ثالثة قد لا تتسم بزيادة في الوزن، ولكنها تدرك نفسها من زائدي الوزن بسبب تأثير صور وسائل الإعلام غير الواقعية. ولسوء حظ هؤلاء الأفراد الذين ينخرطون في اتباع نظام غذائي، تبينت زيادة الأدلة التي تؤكد عدم فعالية الكبح في الأكل. فعلى سبيل المثال، قدمت "أوغدن" (١٩٩٢: ٥٥) تقريرًا قويًا بأن اتباع نظام غذائي لا يعمل:

"إذا كانوا يعانون من البدانة، أو زيادة الوزن، أو ببساطة يرون أنفسهم بدناء، فإن اتباع نظام غذائي لا يساعدهم على أن يصبحوا أقل وزنًا؛ ففقدان الوزن الأول قد يحدث، ولكن في كثير من الأحيان يزداد مرة أخرى؛ مما يجعل فقدان الوزن أمرًا صعبًا".

- نجاح اتباع نظام غذائي أو فشله The success or failure of dieting:

نجاح اتباع نظام غذائي أو فشله يعتمد على عدد من العوامل، مثل العوامل البيئية، بما في ذلك زيادة توافر الطعام بغض النظر عن موسمه، إضافة إلى زيادة أحجام الوجبات المقدمة التي تشجع على زيادة الأكل لدى الجميع. وفي الواقع، لاحظ "يونج" Young ونستلي" Nestle (٢٠٠٢) أن هناك في الفترة من ١٩٧٠ حتى ٢٠٠٠ زيادة في حجم مجموعات الغذاء عشرة أضعاف. وعلاوة على ذلك، قد تبين

أن الطــريقة التــي ندرك بها الغذاء تتأثر بمستويات الاستهلاك. وهذا ما كشف عن حقيقــته بدقة "بروفينشير" Provencher وزملاؤه (٢٠٠٩)، حيث أرادوا التحقق مما إذا كانــت الدعوة لتناول وجبة خفيفة "صحية" أو "غير صحية" لها تأثير على كمية ما يــؤكل، فقــسموا المشاركين إلى ظرف "صحي" وظرف "غير صحي"، وقدموا لهم كعكًــا. وكــان الاخــتلاف في نمط وصف الكعك؛ فقد تم وصف الكعك للمجموعة الــصحية بأنــه وجبة خفيفة جديدة من دقيق الشوفان، وتحتوي على نسبة عالية من الألــياف المــصنوعة من المكونات الصحية المشبعة بأقل دهون والخالية من الدهون غير المشبعة، في حين أنهم وصفوا مجموعة الكعك غير الصحي بأنه كعك جديد في الطعــم مــصنوع مــن الزبدة الطازجة وبراون السكر من الطراز القديم مما يجعلهم يــسعدون بــالطعم اللذيــذ. وقد سئل المشاركون لتقدير مدى استساغة هذا الكعك في موضــوعات متنوعة، وأخبروا أنهم يأكلون قدر ما يحتاجون لتحقيق تقييمات دقيقة. ووجــد الباحــثون أن المشاركين الذين يعتقدون أن الكعك صحي أكلوا أكثر مقارنة بالــذين عرض عليهم كعك جديد في الطعم، وثبت أننا إذا اعتقدنا بأن الأكل صحي، فمن المرجح أن نأكل الكثير منه. كما سجل باحثون آخرون نتائج مماثلة، فعلى سبيل المــثال، زبائن الأكل في المطاعم يصفون طعامهم بأنه صحي؛ لانخفاض السعرات الحــرارية فــي الأطعمــة التــي يجري تقديمها، أو تميل إلى اختيار أطباق مرتفعة السعرات الحرارية؛ لتكون وجبة صحية (Chandon and Wansink, 2007).

كــشفت نظــرية التقييد Restraint Theory تأثير فرض القيد المعرفي على الأكل، وأظهرت أنه من المفارقات أن محاولة أكل الأقل غالبًا تؤدي إلى إفراط في الأكــل(Herman and Mack, 1975). وفــي ســبيل محاولــة تفسير هذا، طور "هيــرمان" Herman و"بوليفــي" Polivy (١٩٨٤) نمــوذج الحدود Boundary Model، الــذي جُمعــت فيه وجهات النظر الفسيولوجية والمعرفية المتعلقة بتناول الطعــام، حيث يرى هذا النموذج أن تناول الأكل يبدأ بالحد التصميمي الفسيولوجي Physiologically Determined Boundary ويــتوقف بحــد الــشبع الفسيولوجي Physiologically Satiety Boundary. وبعــبارة أخرى، نحن نأكل؛ لأن جسمنا أخبــرنا بأنــنا جائعــون، ونــتوقف عن الأكل؛ لأن جسمنا يخبرنا بالشبع الكامل، وبالتالــي نــنظم تناولنا من خلال عملية العائد الحيوي. ومع ذلك، اقترح النموذج أيــضًا أن تقييد الأكلة يستخدم حدودًا معرفية مكان الحدود الفسيولوجية، وهذا يعني أنــه لم يعد ينظم استهلاكهم الغذائي من خلال الهاديات الفسيولوجية فقط، بل يعتمد علــى التحكم المعرفي. وقد قررت "أوغدن" (٢٠٠٧: ١٤٧) أن التحكم المعرفي –

والمعـــروف باسم "حدود النظام الغذائي" Diet Boundary – يمثل اختيار التابعين للـــنظام الغذائي بفرض كمية معينة للاستهلاك الغذائي في أي مناسبة معينة، وتُقرر هـــذه الكمية عليه قبل تناول الوجبة، وليس لها علاقة بالهاديات الفسيولوجية للجوع أو الـــشبع. والاعتماد على هذا المنهج المعرفي من شأنه أن يقلل من تركيزنا على إشـــارات جسمنا. فنحن نقرر كمية الطعام التي نتناولها قبل أن نضع أي طعام في أفواهـــنا، ثـــم نأكـــل كمية المواد الغذائية التي اخترناها، حتى ولو لم نشعر بالشبع الكامل.

فـــتحويل الانتـــباه مـــن الـــتحكم الفسيولوجي إلى التحكم المعرفي يعادل نقل الهاديات الداخلية (الجوع والشبع) إلى الهاديات الخارجية، وربما يوفر تفسيرًا لفشل اتـــباع الـــنظام الغذائي. فقد نوقشت – مثلا – أعمال "وانسينك" (٢٠٠٧) في وقت ســـابق، وأظهرت بوضوح أننا لسنا بارعين في مراقبة كمية ما نتناوله عندما نهمل الرسائل الفسيولوجية، ونعتمد بدلاً منها على الهاديات الخارجية. وكشف "وانسينك" وزمـــلاؤه (٢٠٠٧) الاخـــتلافات بين الفرنسيين والأميركيين في سلوك الأكل؛ لأن الـــسيدات الفرنسيات يعتبرن أكثر نحافة من السيدات الأمريكيات، وأظهروا أن أحد تفـــسيرات صـــغر حجم جسم المرأة الفرنسية هو احتمالية تركيزهن على هاديات الجسم الداخلية عندما يأكلن، مثل الشعور بالشبع، وأقل اهتمامًا بالهاديات الخارجية، مـــثل كمـــية الطعام في الطبق. وقد ذكرت المشاركات الفرنسيات أنهن يتوقفن عن تـــناول الطعـــام عندما لا يعدن يشعرن بالجوع، في حين ذكرت النساء الأميركيات أنهن يتوقفن عن تناول الطعام بمجرد ما تفرغ أطباقهن.

بيـــنما تـــشير الكثيـــر من الأدلة في هذا المجال إلى أن اتباع نظام غذائي هو طـــريقة غير فعالة لتحقيق فقدان الوزن، فإن هناك بعض الدراسات التي تشير إلى أن نـــسبة صغيرة من المتبعين لنظام غذائي يتمكنون من إنقاص وزنهم، والأهم من ذلـــك أن يحافظـــوا علـــى فقـــدانهم للوزن. وأشارت كل من "أوغدن" و"فلانجان" Flanagan (٢٠٠٨) إلـــى أن معتقدات الأفراد يمكن أن تؤدي دورًا أساسًا في هذا الـــنجاح باستخدام نظرية "الاتساق"Theory of Coherence، حيث تكون معتقدات الأفـــراد حول الأسباب والحلول متسقة مع بعضها البعض. كما أوضحت "أوغدن" و"جيب" Jubb (٢٠٠٨) أن المعتقدات الخاصة بالأسباب الطبية البيولوجية للمشكلة تمـــيل إلـــى أن تكون ناتجًا عن إقرار إيجاد مزيد من الحلول الطبية، في حين أن معتقدات الأسباب السلوكية للمشكلة ترتبط بمزيد من معتقدات إيجاد الحل السلوكي. وإذا انتقلـــنا إلـــى موضوع اتباع نظام غذائي، وجدنا أن أولئك الذين يتبعون نظام

غذائـــيًّا طبقًا لاشتراكهم في النموذج النفسي للسمنة أكثر عرضة للتأييد والاشتراك فـــي الحل السلوكي (اتباع نظام غذائي) لمشكلتهم. وتشير هذه الدراسة إلى أنه من الأمـــور بالغـــة الأهمـــية اكتشاف معتقدات الأفراد بشأن أسباب وزنهم، فضلاً عن أســـباب رغبتهم في إنقاص وزنهم. وتعد فكرة مفهوم الاتساق عن المعتقدات حول أســـباب زيـــادة الوزن وحلول إنقاص الوزن واحدة من الموضوعات التي تتطلب إجراء مزيد من البحوث المستقبلية.

وتشمل نتائج كبح الأكل على الجوع، ومترتبات إفراط الأكـــل (Provencher et al., 2009). واســـتعادة الـــوزن المفقـــود، وزيادة الشهية (e.g. Doucet et al., 2000)، وكثرة الأفكار الوسواسية عن الطعام والأكل (e.g. Hart and Chiovari, 1998). واستخلـــصت "جانـــي أوغدن" Jane Ogden (١٩٩٢) في كتابها "فرصة الدهون: تفسير أسطورة اتباع نظام غذائي" Fat Chance: The Myth of Dieting Explained بعض الكلمات التي ربما تكون متناقضة مع هذا الجزء من الفصل:

"يهـــدف اتـــباع نظـــام غذائي إلى تقليل الأكل، ولكن المفارقة أنه ربما يسبب إفـــراطًا في تناول الطعام. والتخلي عن اتباع نظام غذائي يأخذ المشكلة بعيدًا؛ ففي الـــبداية ربمـــا تأكـــل بحرية استجابة لعدم وجود نظام غذائي، لكن تدريجيا لا يُعد للطعـــام دور محـــوري في حياتك؛ بمعنى التوقف عن اتباع نظام غذائي والتفكير الأقـــل فـــي الطعام، فستأكل عندما تجوع، وليس عندما تتجاهل رغبتك القوية في الطعـــام. فأنـــت لـــم تعُـــد ترغب في طبق مليء بالكعك والأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية؛ لأن المعرفة بأنك تستطيع أن تأكل منها وقتما تشاء يمنعها من أن تكـــون جذابة، فالكعك بالكريمة يوميًّا يبدو رائعًا في النظام الغذائي، ولكنه إذا صار واقعًـــا يـــصبح مملا. أي أن إيقاف اتباع النظام الغذائي وتناول الأكل يصبحان أقل أهمية بالنسبة لك"(Ogden, 1992: 100).

التلخيص:

بـــدأ هـــذا الفـــصل بشرح كيفية تغيير تصورنا لمفهوم سلوك الأكل الصحي بمـــرور الـــوقت، كما تطور فهمنا للربط بين النظام الغذائي والصحة، فسلوكنا في الأكـــل يـــؤدي دورًا مهمًّـــا في مجال صحتنا على المدى الطويل؛ ولذلك فإنه من الأهمـــية الأولية أن نفهم ما الذي يدفع اهتمامنا بصحتنا وسلوكنا في الأكل لمساعدة الأفـــراد والـــسكان علـــى تحقـــيق أقصى قدر من الصحة. وقد طرحت مثل هذه التفـــسيرات البيولوجـــية والـــتطورية والنفسية لسلوك الأكل، وأظهرنا أن استهلاك المـــواد الغذائـــية له تطبيقات أبعد من إمدادنا ببساطة بالمواد الغذائية والطاقة التي

نحـــتاجها مـــن أجل البقاء؛ ولذلك، فإننا عندما نفكر في هذا الموضوع، يجب علينا الاعتـــراف بالـــتفاعل المعقـــد بـــين المؤثرات التطورية والبيولوجية والاجتماعية والثقافية والنفسية التي تتداخل في سلوكنا في الأكل.

لمزيد من القراءة:

Wansink, B. (2007). Mindless Eating: Why we Eat More than me Think. Bantam Books: New York.

مصطلحات البحث الافتتاحية

سلوك الأكل، نظام غذائي، السمنة.

٩

الفصل التاسع
اضطرابات الأكل
Eating Disorders

الفصل التاسع
اضطرابات الأكل
Eating Disorders

المقدمة :

ركز الفصل السابق على سلوك الأكل بوجه عام والتفسيرات البيولوجية، والتطورية، والنفسية الموجزة عن سلوك الأكل، كما تمت تغطية موضوع اتباع نظام غذائي، والعوامل المؤثرة في نجاح أو فشل كبح الأكل. وفي هذا الفصل، يوجه اهتمامنا نحو أمثلة محددة لاضطرابات الأكل:

"تمثل اضطرابات الأكل أهمية كبيرة للجمهور، وحيرة للباحثين، وتحديًا للإكلينيكيين، فهي تحتل مكانة بارزة في وسائل الإعلام، فغالبًا تكون مصدر جذب؛ لأنها من الموضوعات الإعلامية المثيرة. وسبب ذلك أنها مراوغة، وكل العمليات الاجتماعية والنفسية والبيولوجية تؤدي دورًا رئيسًا فيها" (Fairburn and Harrison, 2003: 407).

لاحظ "فورشاو" (٢٠٠٢: ٨١) أن مصطلح "اضطرابات الأكل" يولد أفكارًا وصورًا للأفراد عن مرض فقدان الشهية العصبي .... وذلك برغم أن أي مشكلة في سلوك الأكل هي في الحقيقة أحد أشكال اضطرابات الأكل". وبعبارة أخرى، مصطلح اضطرابات الأكل يشمل جميع سلوكيات الأكل المتطرفة، بدءًا من أولئك الذين يأكلون كثيرًا ويصبحون بدناء، إلى أولئك الذين يأكلون القليل جدًّا ويتم تعريفهم بفاقدي الشهية. وهناك زيادة كبيرة في فقدان الشهية العصبي والشره المرضي في الغرب، ونحن أيضًا – من المفارقات – أقرب إلى ما يطلق عليه بعض الأفراد "وباء السمنة" – وبالتالي أصبحت كل من النحافة الشديدة وزيادة الوزن الشديدة شائعة بين سكان الدول الغربية.

وهناك ثلاثة موضوعات مهمة يتم تسليط الضوء عليها في هذا الجزء التمهيدي. الأول هو أن اضطرابات الأكل أيضًا تؤثر في الذكور. ففي مقالة بعنوان "ماذا عن الأولاد؟ What about the boys?"، يشير "سوبان" Soban (٢٠٠٦) إلى أن عدد حالات مرضى فقدان الشهية العصبي يزداد بين الذكور. وبالمثل، دعت "دروموند" Drummond (٢٠٠٢) إلى تطوير المختصين الصحيين الذين يعملون

مـــع الذكور ممن يعانون اضطرابات الأكل. وقد سلط الباحثون الضوء على حقيقة أن افتـــراض كون فقدان الشهية هو "مشكلة أنثوية" يمثل عائقًا أمام حصول الذكور على المساعدة والدعم.

الموضـــوع الثانـــي هو أن نوضح أن كلمة فقدان الشهية تعني ببساطة انعدام الشهية. فقد أشار "فورشاو" (٢٠٠٢) إلى أن معظمنا يمر بخبرة فقدان الشهية عندما نفقـــد شـــهيتنا في بعض الأحيان ونحن على غير ما يرام، وأن قليلا منا لديه خبرة فقدان الشهية العصبي والتي تعني حرفيًا فقدان الشهية بسبب الأعصاب.

أمـــا الموضـــوع الثالث، فيهتم بحقيقة تقليدية، وهي أن ظروف فقدان الشهية العـــصبي والـــشره المرضي العصبي من اختصاص علم النفس الإكلينيكي بسبب ارتباطها بالصحة النفسية. وهذا لا يعني أن علماء النفس الصحي غير قادرين على أن يقومـــوا بـــدور، ففي الواقع قرر "جيرنيج" (٢٠٠٦: ٢١٣) أنه نظرًا للمكونات الأساســـية النفـــسية والاجتماعية لاضطرابات الأكل، فإنه يمكن للمنهج البيولوجي النفـــسي الاجتماعـــي Biopsychosocial لتفسير المرض أن يساعد علماء النفس الصحي في منع اضطرابات الأكل ومساعدة أولئك الذين معهم. وبالتالي سيتم تناول هـــذين الظـــرفين في هذا الفصل مع موضوع السمنة التي هي في حد ذاتها تعرف باعتبارها تحديًا رئيسًا لعلماء النفس الصحي.

فسندرس في هذا الفصل:

- أســـباب مرض فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي، ونواتجهما، وكيفية إدارتهما.
- أسباب السمنة، ونواتجها، وكيفية التعامل معها.

*** فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي**

Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

يُعـــرف "كارتير" Carter وزملاؤه (٢٠٠٩: ٢٠٢) فقدان الشهية العصبي بأنه "اضـــطراب نفـــسي خطير"، فالفرد الذي لديه مرض فقدان الشهية العصبي، يواصل فقـــدان الوزن بدرجة قصوى. فقد لاحظ "فايربين" Fairburn و"هاريسون" Harrison (٢٠٠٣) أن فقـــدان الوزن ينتج بشكل رئيس من قيود شديدة وانتقائية لتناول الطعام، لكـــن يمكن أيضًا أن تكون مصاحبة للممارسة الشديدة للرياضة واستخدام المسهلات ومـــدرات الـــبول، فالأطعمة التي تدرك بأنها تسمن تستبعد من نظامهم الغذائي. كما ســـلط "هاريسون" وزملاؤه (٢٠٠٣) الضوء على الدوافع الكامنة وراء الانخراط في

مــثل هذا السلوك الذي يشمل المؤثرات النفسية مثل الزهد والقدرة التنافسية والرغبة فــي معاقــبة الــنفس. ووصف "بيري" Perry (٢٠٠٢) فقدان الشهية النموذجي بأنه اهتمام مبالغ بالمظهر الشخصي، لدرجة أنهم يعتقدون أنفسهم من زائدي الوزن، على الرغم أن من حولهم يصفونهم بانخفاض الوزن الشديد.

أمـــا مـــرض الــشره العصبي فيتميز عن مرض فقدان الشهية العصبي في أنه تــتخلله محاولات لتقييد الاستهلاك الغذائي أثناء فترات النهم المتكررة لتناول الطعام، حيث إن هناك شعورًا بفقدان السيطرة وتناول كميات كبيرة غير اعتيادية من الطعام. فقــد لاحــظ "فايــربين" و"هاريــسون" (٢٠٠٣) أن ناتج دمج مجموعتي كبح الأكل والشراهة هو زيادة ضئيلة في وزن الجسم؛ فمعظم الأفراد من ذوي الشره المرضي العصبي يعانون مشقة فقدان السيطرة على تناول الطعام، ويخجلون من سلوكهم.

- الأسباب Causes:

عـــادة مـــا تتطور أسباب فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي في فتــرة المراهقة (Salabach-Andrae et al., 2009). وتكون بداية الشره المرضي العصبي متأخرة عادة مقارنة بفقدان الشهية العصبي. ويعتقد أن كليهما يظهران في الــثقافات الغربية الصناعية. وفي الواقع، يشير "بيري" (٢٠٠٢) إلى أن الإمدادات الغذائــية في البلدان النامية تكون غالبا نادرة، كما يكون فقدان الشهية العصبي نادرًا للغايــة. فهو يميل إلى أن يرتبط بالإناث، لكن الذكور أيضًا يصابون بفقدان الشهية العــصبي. ويــضاف إلى ذلك ما أوضحته الأبحاث المتعددة من أن الإناث اللاتي ينتمين لأسر أكثر ثراء (مثل الطبقات الاجتماعية العليا والمتوسطة) هن من يتأثرن في الغالب(Fairburn and Harrison, 2003)؛ فبداية فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي ترتبطان بالخلفية العائلية، والعوامل الوراثية والنفسية.

١- الخلفية الأسرية Family Background:

تمت مناقشة التأثير المحتمل لأساليب التنشئة والخلفية العائلية على نطاق واسع داخل التراث. ورأى "جويرس" Gowers و"شوبيريديج" Shoebridge (٢٠٠٠) أن الأحداث التي وقعت في السنوات المبكرة للفرد لها قابلية التأثير على تطوير مرض فقــدان الــشهية العــصبي أو الشره المرضي العصبي لاحقًا في حياته، حيث وجد ارتــباطاً بــين الاهتمام المبالغ من قبل الوالدين وتطوير فقدان الشهية العصبي. فقد ذكــر "شيســسلاك" Shisslak وزملاؤه (١٩٩٠) أن الأفراد ذوي الشره المرضي العصبي يميلون إلى وصف طفولتهم بأنها تميزت بأسلوب حياة فوضوي Chaotic

Lifestyle. ويشمل أسلوب الحياة الفوضوي صراعًا في الأسرة، يرافقه غياب دفء الوالدين ورعايتهما. وكذلك يرتبط الاهتمام الزائد من أحد الآباء ببداية الشره المرضي العصبي، فعلى سبيل المثال، عرف "رورتي" Rorty وزملاؤه (٢٠٠٠) أسلوب الأم التي تتعامل مع ابنتها أثناء سنوات المراهقة بانتهاك الخصوصية، والتدخل في شئونها، والاهتمام المبالغ فيه بشكلها ووزنها بـ "الاجتياح الأموي" Maternal Invasion.

٢- العوامل الجينية Genetic Factor:

ركزت الأبحاث على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة لاكتشاف التأثير المحتمل للجينات الوراثية في تطوير اضطرابات الأكل، حيث ثبت ارتفاع معدل اضطراب الشره المرضي العصبي في التوائم المتطابقة (أحادية الزيجوت Monozygotic) مقارنة بالتوائم غير المتطابقة (ثنائية الزيجوت Dizygotic) (e.g. Hsu et al., 1990). كما ركزت الاستنتاجات المتشابهة من دراسات التوائم على مرض فقدان الشهية العصبي (e.g. Bulik et al., 1998; Klump et al., 2001; Kortegaard et al., 2001). وعلى الرغم من أن العوامل الجينية قد تكون مسئولة جزئيًّا عن بداية ظهور اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره المرضي العصبي، فإن تأثير العوامل البيئية والاجتماعية والنفسية لم يتم استبعادها.

٣- العوامل النفسية Psychological Factors:

لخص "فايربين" و"هاريسون" (٢٠٠٣) المنهج النفسي لتفسير ظهور اضطرابات الأكل، ورأى أن أكثر المناهج تأثيرًا هي النظريات السلوكية المعرفية، حيث تشير إلى أن تقييد الاستهلاك الغذائي الذي يميز بداية كل من اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره المرضي العصبي له الأصول المحتملة نفسها. فالأول يحتاج إلى الشعور بالتحكم في الحياة التي تتحول إلى حاجة التحكم في الأكل (Fairburn et al. 1999)، والثاني يحتاج إلى الاهتمام بتقييم الشكل والوزن؛ حيث يبدأ التقييد في اتباع النظام الغذائي، فيكون فقدان الوزن الناتج هو تعزيز استمرار هذا السلوك.

٤- العوامل التطورية Evolutionary Factors:

أجريت الكثير من الأبحاث على اضطرابات الأكل معتمدة على الحالة النفسية الاجتماعية أو البيولوجية الطبية. وعلى الرغم من ذلك يرى بعض الباحثين أن إمكانية الوصول إلى أفضل تفسير لمرض فقدان الشهية العصبي يتم باستخدام

المنظور التطوري. ورغم تأكيد "جاتورد" Gatward (۲۰۰۷) لأهمية دور المنظور التطوري، فإن مرض فقدان الشهية العصبي هو حالة محيرة، حيث أثبت "جويسينجير" Guisinger (۲۰۰۳: ۷٤٥) أن الأعراض المميزة لاضطراب فقدان الشهية العصبي من الممكن أن تتطور لتكون تقييد الحرمان الغذائي وإنكار التجويع وفرط النشاط. واقتبس "جاتورد" كلمة كل من "فولاند" Voland و"فولاند" Voland (۱۹۸۹: ۲۲٤) التي تذكر أنه للوهلة الأولى يبدو من السخف اعتبار أن فقدان الشهية العصبي قد تطور بوصفه ملمحًا للتوافق، وهو كيفية الجذب المؤقت أو الدائم، أو في ظل الظروف القاسية مثل التضحية بالنفس، أو اجتياز اختبار الانتقاء الطبيعي Natural Selection؟.

وتقترح إحدى النظريات الرئيسة الداعمة لوجهة النظر التطورية مفهوم التكيف مع الفرار من المجاعة بوصفه أحد تفسيرات مرض فقدان الشهية العصبي Adapted to Flee Famine Hypothesis (AFFH). وترى أن أعراض مرض فقدان الشهية العصبي (التقييد في النشاط الغذائي، والإفراط في النشاط، وإنكار التجويع) تعكس آلية تكيفية لها دور أساس للمساعدة كاستجابة إلى المجاعة القومية (Guisinger, 2003). وهذا يعني أنه عندما تكون المصادر الغذائية القومية نادرة، ولا يوجد لدى السكان ما يكفي لتناوله، فمن المتوقع مرورهم بخبرة فقدان الوزن الشديد. أما الأفراد الأفضل حالاً فإنهم يسعون للبحث عن موارد غذائية جديدة من أجل البقاء. وفي سبيل أن يكون الأفراد قادرون على التحرك نحو مصادر جديدة محتملة من الغذاء فسيكونون في حاجة إلى الشعور بالنشاط والطاقة. وعلاوة على ذلك، فإن الحفاظ على الروح المعنوية في هذه الأوقات الصعبة يكون ضروريًّا، وقد يتحقق ذلك من خلال الإنكار التفاؤلي بأن الفرد نحيف بدرجة خطيرة.

وباستعراض مقالات متميزة، قدم "جويسينجير" (۲۰۰۳) و"جاتورد" (۲۰۰۷) حججًا مقنعة راهنة لدعم هذا المنظور التطوري. وبرغم ما لاحظه "جاتورد" (۲۰۰۷) من أن قوة صحة افتراض نموذج مفهوم التكيف مع الفرار من المجاعة بوصفه أحد تفسيرات مرض فقدان الشهية العصبي لم يتم التحقق منها؛ لأنه ليس من السهل إثباته أو نفيه، فإن معظم ما يمكن أن نتوقعه من مثل هذا النموذج تمت مناقشته، حيث إن لديه القدرة على تزويدنا بطريقة جديدة متعلقة باضطرابات الأكل، وربما توفرت لنا وسيلة لإيجاد سبل ناجحة لمساعدة الأفراد على الشفاء من فقدان الشهية العصبي.

- المشكلات Problems:

عملية تجويع الجسم لها تأثير كبير على أجهزة الجسم المختلفة، مع إمكانية أن تكـــون لها نواتج صحية خطيرة، فيرتبط فقدان الشهية العصبي بعدد من المشكلات الـــصحية، بمـــا فـــي ذلـــك اختلال القلب، وتشوهات الجهاز العصبي المركزي، ومـــشكلات الهـــيكل العظمي العضلي، وعدم توازن السوائل والشحنات الكهربية، ومشكلات الأسنان. ونعرض لكل هذه المشكلات بشكل موجز.

١- اختلال القلب Cardiac Dysfunction:

وجد "موودي" Moodie و"سلاسيدو" Salcedo (١٩٨٣) أن صغار السن من ذوي فقدان الشهية العصبي يعانون انخفاضًا صغيرًا في حجم القلب، ولاسيما صغر البطـــين الأيسر. وفي الأصحاء قلبيًّا، يكون البطين الأيسر هو المسئول عن الحفاظ علـــى الـــدورة الدمـــوية في أنحاء الجسم، وأي تدهور في هذه الوظيفة له عواقب وخيمة.

٢- تشوهات الجهاز العصبي المركزي Central Nervous System Abnormalities:

عندما يتم حرمان المخ من المواد الغذائية الحيوية، يكون أقل قدرة على إنتاج الطاقـــة لتلبية الاحتياجات الخاصة به. وتشير بعض الدراسات إلى أن نتيجة مرض فقـــدان الـــشهية العـــصبي هـــي الاضطراب المعرفي. فعلى سبيل المثال، أوضح "كينجستون" Kingston وزملاؤه (١٩٩٦) أن مرضى فقدان الشهية ينخفض أداؤهم بشكل ملحوظ في المهام المعرفية.

٣- مشكلات الهيكل العظمي العضلي Musculoskeletal Problems:

حـــالات فقـــدان الشهية العصبي الشديدة ترتبط بفقدان الكتلة العظمية، فخلال الـــتطور الطبيعـــي فـــي ســـن البلوغ، تكثف الكتلة العظمية من أجل إعداد الهيكل العظمـــي لضغوط الحمل والعمل، ويكون لتخزين الكالسيوم خلال هذه الفترة أهمية كبيـــرة. ونتيجة إصابة الفتيات باضطراب فقدان الشهية العصبي خلال فترة البلوغ، فـــإنهن يحرمن أجسامهن من الكالسيوم وفيتامين "د" الحيوي لبناء الهيكل العظمي، ويـــواجهن بتأثيـــر خطيـــر محتمل لا يمكن مداواته بسبب فقدان كثافة العظام. وقد تجلـــى ذلك في متابعة دراسة أظهرت أنه حتى بشفاء ٢٠٪ من السيدات ووصولهن للوزن المثالي (e.g. Rigotti et al., 1991)، لم تتحسن كثافة العظام لديهن.

أيضاً يعاني مرضى الشره العصبي من مشكلات في العضلات والعظام، حيث تتأثـــر بالمـــثل كثافة عظامهم (Rigotti et al., 1999). وعلى سبيل المثال، قارن

"نيوتـــين" Newton وزمـــلاؤه (١٩٩٣) بين السيدات ذوات مرض الشره العصبي بأخـــريات أصحاء، فوجدوا أن المصابات بالشره العصبي كنَّ أكثر ميلاً إلى تراجع كـــثافة العظـــام، والذي يعتقد أنه لا رجعة فيه، وله عواقب خطيرة طويلة المدى. ويضاف إلى ذلك أن مرضى الشره المرضي غالبًا ما يستخدمون مُعينات للقيء من أجـــل تطهير أنفسهم خاصة بعد أن انخرطوا في نهم الأكل. فاستخدام هذه الوسائل لهـــا آثار صحية خطيرة، تشمل اختلالات في توازن السوائل والشحنات الكهربية، ومشكلات الأسنان.

٤- عدم توازن السوائل والشحنات الكهربية Fluid and Electrolyte Imbalances:

نتـــيجة القـــيء وســـوء اســـتخدام الملينات بشكل متكرر، فإن التوازن الطبيعي للـــشحنات الكهـــربية في الجسم يمكن أن يكون مرتبكًا، والشحنات الكهربية هي مواد كيميائـــية تـــنظم أجهـــزتنا الجسمية. والقيء المتكرر يمكن أن يعوق مستويات الأس الهيدروجينـــي (PH) (وهـــو التوازن بين الحموضة والقلوية) لسوائل الجسم، ويرتبط بانخفـــاض مـــستويات البوتاســـيوم والكلوريد. أما انخفاض مستويات هذه الشحنات الكهربية، فيرتبط بالتعب، وضعف العضلات، والإمساك (e.g. Thompson, 1993). وقـــد أثبت الباحثون وجود علاقة بين القيء وسوء استخدام المُلينات (المستخدمة عادة مـــن قـــبل المصابين بالشره المرضي) وعدم التوازن الكهربي (e.g. Turner et al., 2000).

٥- مشكلات الأسنان Dental Problems:

يعاني مرضى الشره العصبي غالبًا من مشكلات الأسنان، مثل شيوع تسوس الأســـنان وتآكل مينا الأسنان Enamel Erosion. فتآكل المينا يحدث سريعًا حتى لـــو نظـــف الأفراد أسنانهم بعد القيء مباشرة، لكنه – في المقام الأول – يحدث نتيجة استمرار الاتصال بين الأسنان والمحتويات الحمضية للمعدة (e.g. Mitchell et al., 1997).

- الإدارة Management:

مـــن حـــيث الأســـاليب الخاصة بإدارة مرض فقدان الشهية العصبي والشره المرضـــي العـــصبي جـــاءت النـــتائج مخـــتلطة. فعلـــى سبيل المثال، استعرض "ستينهوســـين" Steinhausen (٢٠٠٢) متابعة ١١٩ حالة من مرضى فقدان الشهية العصبي لأكثر من ١٠ أعوام، وكانت النتيجة أن ٥٧,١٪ تعافوا، و٢٥,٩٪ أظهروا تحسنًا، و١٦,٩٪ أصبحوا مزمنين، و١,٨٪ توفوا. وعلى النقيض، وجد "سلاباش-

أنـــدري" Salbach-Andrae وزملاؤه (٢٠٠٩) – بعد فترة متابعة سنة تقريبًا – أن ٦٠٪ مـــن عينتهم أظهروا نتائج سيئة وحوالي ٢٨٪ فقط جاءوا بنتائج جيدة. وجاءت نـــتائج "جويـــرس" Gowers (٢٠٠٨) مماثلة للنتائج السابقة، واستخلص "سلاباش- أنـــدري" وزمـــلاؤه (٢٠٠٩: ٧٠٣) أن مرض فقدان الشهية العصبي يمثل لكثير من المرضى جزءًا من مشاكل حياتهم لعدة سنوات.

وأكثر المناهج شيوعًا لإدارة اضطرابات الأكل هو وسيلة العلاج السلوكي المعرفـــي. فقد أعاد النظر كل من "فايربين" و"هاريسون" (٢٠٠٣) في الأدلة، وخلـــصا إلـــى أن أكثر العلاجات فعالية مع مرض الشره العصبي هو العلاج المعرفـــي السلوكي الذي يركز على تعديل سلوكيات محددة وطرق التفكير التي تـــسبب اضطرابات الأكل (e.g. Fairburn, 1981; Fairburn et al., 1993)، حـــيث فـــسرا أن العـــلاج المعرفي السلوكي النموذجي يستغرق عادة مع الفرد حوالـــي ٢٠ جلسة على مدى فترة خمسة أشهر، وأن ما بين الثلث إلى النصف مـــن المرضـــى يحققـــون الشفاء الكامل والدائم. وعلى الرغم من عدم وصف العـــلاج المعرفي السلوكي بأنه دواء لكل داء، فقد لاحظ "فايربين" و"هاريسون" (٢٠٠٣) أنـــه ذو فائـــدة كبيـــرة لكثير من المرضى، وتحسرا على الوضع في المملكـــة المتحدة، حيث يبدو أن عددًا قليلا من المرضى يتلقون مثل هذا العلاج (Mussell et al., 2000).

وفـــيما يخـــص اضطراب فقدان الشهية العصبي، ذكر "فايربين" و"هاريسون" (٢٠٠٣) أن هناك أدلة قليلة لفعالية مناهج العلاج. وهو ما أظهره "كارتر" Carter وزمـــلاؤه (٢٠٠٩)، حـــيث ذكـــروا أن هـــناك قلـــة ملحوظة في دراسات علاج اضـــطراب فقـــدان الشهية العصبي باستخدام منهج المجموعة الضابطة العشوائية. حـــيث وجدوا أربع دراسات، اثنتان منها تركزان على العلاج النفسي، واثنتان على مـــناهج العـــلاج بالعقاقير. كما أثبتت إحدى الدراسات عدم وجود فرق بين العلاج الفـــردي مقابل العلاج الأسري(Eisler et al., 1997)، كما توصلت دراسة أخرى إلـــى الأدلة الأولية لدعم العلاج المعرفي السلوكي مقابل الإرشاد الغذائي (Pike et al., 2003). أمـــا بالنسبة لنتائج المناهج الطبية فقد جاءت متعارضة (Kaye et al., 2001; Walsh et al., 2006).

ورأى "فايـــربين" و"هاريـــسون" (٢٠٠٣) أن هـــناك بوجه عام ثلاثة جوانب رئيسة لإدارة اضطراب فقدان الشهية العصبي:

١- **الاعتــراف بالحاجة إلى المساعدة:** وهو الهدف الأول لمساعدة المرضى، حيث يمثل اعترافهم بأنهم بحاجة إلى مساعدة أمرًا بالغ الأهمية؛ لأن مرضى فقدان الشهية العصبي يميلون إلى مقاومة التغيير بشدة.

٢- **اســتعادة الــوزن:** ويمثل الهدف الثاني وهو التركيز على محاولة عكس سوء التغذية واستعادة الوزن المفقود. فقد لاحظ "فايربين" و"هاريسون" (٢٠٠٣) أن مجرد تحقيق هذا عادة يسبب تحسنًا كبيرًا في الحالة العامة للمريض.

٣- **زيــادة قيمة الوزن والشكل:** وليس هناك طريقة واحدة لتحقيق هذا الهدف، لكن هــذا الأمر ينطوي على معالجة صورة جسم الفرد، والهوية، وعادات الأكل، والوظيفة النفسية الاجتماعية بوجه عام.

وبالنــسبة للمرضـــى صغار السن، يبدو أن العلاج المعتمد على الأسرة ينفذ بــنجاح (Russell et al., 1987)، أمـــا العلاج المعرفي السلوكي فيستخدم أكثر مع المرضى كبار السن. ولكن – كما لاحظنا سابقًا – فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأفــراد الــذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي لم يتم توثيقها. وعلى نطاق واسع في الآونة الأخيرة، نشر "كارتر" وزملاؤه (٢٠٠٩) دراسة قدمت دعمًا واضــحًا لاســتخدام العــلاج المعرفـــي السلوكي في علاج مرضى فقدان الشهية العــصبي، ســواء مــن حيث تحسين الأعراض أو منع الانتكاس. ومع الأخذ في الحــسبان نجاح مناهج العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى الشره العصبي تفاعل الباحثون بتحقيق النجاح نفسه مع مرضى فقدان الشهية العصبي.

الموجز:

اضـــطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي يمثلان كلاهما ظروفًا معقدة، فلا يزال لدينا الكثير لنتعلمه. وتؤثر هذه الظروف في المقام الأول علـــى المــراهقات، كما أن هناك أدلة على زيادة أعداد الذكور المتأثرين أيضًا؛ ولهــذا فهــناك حاجة للنظر فيما إذا كانت مناهج إدارة هذه الاضطرابات تتطلب منظورًا خاصًا بالنوع Gender-Specific Perspective أو لا. وهناك أيضًا حاجة إلـــى المــزيد مــن الدراسات الطولية لمناهج العلاج المختلفة لتحديد أي المناهج أفضل. ويبدو بوضوح أن المنهج متعدد الأبعاد – الذي يأخذ في اعتباره وجهات النظــر الجينية، والبيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والبيئية، والتطورية يحتاج لمزيد من البحث.

*** السمنة Obesity :**

تمثل السمنة تحديًا كبيرًا لعلماء النفس الصحي، حيث قدرت المفوضية الأوروبية The European Commission (١٩٩٩) أن ٣١٪ من السكان البالغين في الاتحاد الأوربي يعانون من زيادة الوزن، و١٠٪ يصلون بأوزانهم لما يُعرف بالسمنة المفرطة إكلينيكيًا. وتشير "أوغدن" (٢٠٠٧: ٣٣٦) إلى أن معدلات السمنة في المملكة المتحدة في زيادة، وتسلط الضوء على أنه في عام ١٩٨٠، تم تصنيف ٦٪ من الذكور و٨٪ من النساء بأنهم يعانون من السمنة المفرطة، ثم ارتفعت هذه المعدلات إلى ١٣٪ و١٦٪ في عام ١٩٩٤، وإلى ١٨٪ و٢٤٪ في عام ٢٠٠٥ على التوالي. أما في الولايات المتحدة، فالأرقام أكثر سوءًا، حيث إن ما يقارب نصف الأميركيون يعتبرون من زائدي الوزن، كما يعاني الثلث من السمنة المفرطة (Ogden et al., 2007: 336).

فالسمنة بوجه عام تقاس باستخدام مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI)، التي يتم حسابها من خلال قسمة أوزان الأفراد بالكيلوجرام على مربع أطوالهم بالمتر. فإذا كان مؤشر كتلة الجسم للأفراد يقع ما بين ٢٥ و٢٩، فإنهم يعتبرون من زائدي الوزن، وإذا كان مؤشر كتلة الجسم ما بين ٣٠ و٣٩ فإنه يعتبر إشارة إلى أن الأفراد متوسطو السمنة، أما أن يتجاوز مؤشر كتلة الجسم ٤٠ فإن هذا يشير إلى السمنة الخطيرة.

وهناك شكل آخر لقياس السمنة يشمل قياس محيط خصر الأفراد Waist Circumference. وبمثل هذا القياس يمكن تحديد موضع تخزين الدهون. ويُعد هذا من الأهمية؛ لأن بعض المشكلات الجسمية يمكن التنبؤ بها من خلال دهون الجسم في منطقة البطن مقارنة بدهون الجسم في الجزء السفلي(Ogden, 2007: 334). ويرى "لين" Lean وزملاؤه (١٩٩٥) أنه إذا كان محيط خصر الفرد أكبر من ١٠٢ سم في الذكور و٨٨ سم في السيدات، فينبغي التوصية بتخفيض الوزن.

أما المنهج الثالث لمعرفة ما إذا كان الفرد يعاني أو لا يعاني من السمنة المفرطة فهو قياس نسبة الدهونThe Percentage of Body Fat في الجسم. فالصحة الجيدة تميل إلى أن ترتبط بكمية الدهون، بدلاً من الطول في حد ذاته. ويمكن قياس نسبة الدهون في الجسم باستخدام Skin- Fold Thickness حول أعلى الذراع وأسفل الظهر عادة. وقد يتم قياسها باستخدام وسائل أكثر تطورًا، وهي المقاومة الكهربية البيولوجية Bioelectrical Impedance، التي تنطوي على تمرير تيار كهربائي خلال أنسجة الجسم للأفراد، حيث تدل زيادة إعاقة التيار على

كثـرة الدهـون المخـزنة فـي الجسم (الدهون مادة عازلة ولا توصل الكهرباء). وباستخدام هذا المقياس، يمكن حساب النسبة الكلية للدهون في الجسم.

- **الأسباب:**

وبعـد تحديـد كيفية معرفة السمنة، نركز الآن اهتمامنا على النظريات التي تحاول تفسير كيفية حدوث السمنة.

تـم تقـديم نظريات فسيولوجية، وسلوكية، وتطورية. حيث تشمل التفسيرات الفسيولوجية النظريات الجينية، ونظرية معدل التمثيل الغذائي (الأيض)، ونظرية الخليـة الدهنية. أما التفسيرات السلوكية، فتميل للتركيز على الجين البيئي للسمنة، إضـافة إلـى ما كشف عنه بعض الباحثين أيضًا من دور المعتقدات وتأثيرها على السلوك. أمـا النظريات التطورية فتشير إلى أنه في الماضي، كانت هناك برمجة لديـنا لـزيادة الـشهية وتفضيل الأطعمة كثيفة الطاقة، بحيث يكون لدينا احتياطي للاستفادة منه في أوقات ندرة الطعام.

١- التفسيرات الفسيولوجية Physiological Explanations:

- النظريات الجينية Genetic Theories:

كـشف الباحـثون عن احتمال كون الأفراد السمناء يعانون من السمنة بسبب جيناتهم الوراثية بدلاً من سلوكهم. وعلى سبيل المثال، ذكر "جارن" Garn وزملاؤه (١٩٨١) أنه إذا كان أحد الزوجين يعاني من السمنة، فاحتمال أن يكون لديهما طفل يعانـي من السمنة المفرطة هو ٤٠٪، أما إذا كان كلا الزوجين يعانيان السمنة، فإن النـسبة ترتفع لتصل إلى ٨٠٪. وعلى النقيض، تأتي فرصة إنجاب زوجين يعانيان الـنحافة طفلا يعاني من السمنة المفرطة محدودة حوالي ٧٪. ولأن كلا من الآباء وأبـنائهم يتشاركون المعيشة في البيئة نفسها كما في القانون الوراثي، فإنه يصعب تحديد ما إذا كانت السمنة تتأثر بالوراثة أو بالبيئة.

ولمعالجـة هـذه المـشكلة أجريت دراسات التوائم، فالباحثون مهتمون بشكل خـاص بدراسة التوائم الذين تربوا بعيدًا عن بعضهم، وبالتالي الذين ليس لهم خبرة تأثيـرات البيئة نفسها. وتوضح النتائج عمومًا أن التوائم المتطابقة التي تربى بعيدًا عـن بعضها أكثر تماثلا في الوزن مقارنة بالتوائم غير المتطابقة التي تربى معًا. وهذا يشير إلى أن هناك عنصرًا وراثيًا قويًا في تحديد السمنة. وبالإضافة إلى ذلك، قـارن الباحثون وزن الأطفال المتبنين بكل من آبائهم بالتبني وآبائهم البيولوجيين،

فــوجدوا أن وزن المتبنــين أكثر تطابقًا مع وزن آبائهم البيولوجيين مقارنة بآبائهم بالتبني. وبذلك أضافت هذه الدراسات دعمًا لفكرة أن الوزن يتم تحديده وراثيًا.

- نظرية معدل التمثيل الغذائي (الأيض) Metabolic Rate Theory:

معدلــنا في التمثيل الغذائي (الأيض) هو المعدل الذي نستخدم به الطاقة لتنفيذ جمــيع العملــيات البيولوجــية التي نحتاجها للبقاء على قيد الحياة، وتشمل التنفس ومعدل ضربات القلب وضغط الدم ...إلخ. وقد كشف بعض الباحثين أن الاختلاف في الوزن بيننا قد يرجع إلى التباين في معدل التمثيل الغذائي. وتقرر نظرية معدل التمثــيل الغذائــي (الأيــض) أن الأفراد الذين لديهم انخفاض في معدلات التمثيل الغذائــي يكونــون أكثر عرضة للسمنة؛ لأنهم عندما يستريحون، تنخفض معدلات الأيــض بحــرق أقــل السعرات الحرارية. والفكرة الأساسية هي أن الأفراد ذوي معــدلات التمثــيل الغذائي المنخفضة يطلبون كميات أقل من الطعام؛ لأن أجسامهم بــشكل طبيعــي تحــرق سعرات حرارية أقل، وإذا كان الأمر كذلك، فإن تناولهم سعرات حرارية أكثر مما يحرقون، سوف تزيد أوزانهم.

والأدلة على هذه النظرية مختلطة، حيث ترى بعض الدراسات أن هناك علاقة بــين معدل الأيض والميل لزيادة الوزن، في حين فشلت دراسات أخرى في إثبات أن الأفراد ذوي السمنة المفرطة لديهم انخفاض في معدلات الأيض.

وقــد حاول "رافوسين" Ravussin و"بوجارديس" Bogardus (١٩٨٩) تفسير هــذا التــناقض باقتــراح أن الأفراد ذوي السمنة المفرطة ربما لديهم انخفاض في معــدلات بــدء الأيض نتيجة زيادة وزنهم، في حين أن المفترض أن يزداد معدل الأيــض بزيادة الوزن. والواضح أنه مازالت هناك حاجة إلى مزيد من البحوث في هذا المجال قبل أي استخلاصات مؤكدة حول تأثير معدل الأيض.

- نظرية الخلية الدهنية Fat Cell Theory:

لاحظ "موريسون" Morrison و"بينيت" Bennett (٢٠٠٩) أن نظرية الخلية الدهنــية - نظرية أخرى جينية طرحت لتفسير سبب السمنة - تشير إلى أن الأفراد ذوي السمنة المفرطة يولدون بأكبر عدد من الخلايا الدهنية. وقد وضح الباحثون أن عدد الخلايا الدهنية في الأفراد متوسطي الوزن والأفراد ذوي السمنة الخفيفة ما بين ٢٥ إلى ٣٥ بليون. كما لاحظت "أوغدن" (٢٠٠٧: ٣٣٩) أنه على الرغم من كون عــدد الخلايا الدهنية في الأفراد ذوي السمنة الخفيفة مماثلة لعدد خلايا الدهون في الأفــراد متوســطي الــوزن، فإن الخلايا في الأفراد البدناء تكون أكبر في الحجم والــوزن، كما وجدت أن عدد الخلايا الدهنية لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة

الـــشديدة تـــزداد بشكل كبير - أكثر من ١٠٠ إلى ١٢٥ بليون خلية دهنية - مما يقرر أن الخلايا الدهنية الجديدة تشكلت بسبب زيادة حجم الأفراد. ومع ذلك، سجل "ســبالدينج" Spalding وزمـــلاؤه (٢٠٠٨) أن عـــدد الخلايا الدهنية يبقى ثابتًا في مـــرحلة البلوغ لدى كل الأفراد، سواء الذين يعانون من السمنة المفرطة أو النحافة، حتـــى بعـــد فقدان ملحوظ للوزن. وقرروا أن هذا يشير إلى أن عدد الخلايا الدهنية تحـــدد في الجسم أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة، ولكن حجم هذه الخلايا هو الذي يتغيـــر مع زيادة الوزن، بدلاً من العدد. ومع هذه الحقائق المختلطة، مازالت الأدلة الداعمة لهذه النظرية محدودة في الوقت الحالي.

٢- التفسيرات التطورية Evolutionary Explanations:

يمكـــن فهـــم الـــسمنة من خلال النظر في تأثير تراثنا التطوري، فالبيئة التي ســـكنها أجـــدادنا مخـــتلفة جـــدًّا عن التي نحن على دراية بها. فأسلافنا كانوا غير مـــتأكدين من المكان الذي يأتي منه قوتهم التالي، وكانوا على الأرجح يعيشون في مجمـــوعات صغيرة مستديمة يتغذون بشكل موسمي، ويتحركون إلى مناطق صيد جديدة عندما تكون ظروف بيئتهم متدهورة(Perntice, 2005). ومن المرجح أيضًا أن أجدادنا كانوا من ذوي المرور بخبرة الجوع القاتل؛ ونتيجة لذلك فإنه لم يكن من الغـــريب أن تكـــون أجـــسامهم قادرة على تخزين الدهون في أوقات الرخاء وأن يفضلوا الأطعمة ذات الطاقة الكثيفة والدهنية(Blundell and Gillet, 2001). ولهذا لاحـــظ "مانكـــار" Mankar وزملاؤه (٢٠٠٨) أن تراكم الدهون يعتبر وسيلة فعالة لتخـــزين الطاقة، كما طرحوا "الجين ثريفتي" (مفهوم قدم في الفصل الثامن) - الذي يساعد في عملية تخزين الدهون في أوقات وفرة الغذاء وإعادة استخدام الدهون في أوقـــات الـــنقص الغذائي - بوصفه عاملا مفضلا من قبل الانتقاء الطبيعي، حيث يكون هؤلاء الذين يمتلكون هذا الجين أكثر عرضة للبقاء على قيد الحياة.

وعلـــى الرغم من أن "الجين ثريفتي" مثل ميزة لأجدادنا، فهو ليس من المفيد بالنـــسبة لـــنا؛ ففـــي وقـــت قصير (من حيث التطور)، تغيرت إلى حد كبير بيئتنا والطـــريقة التي نحصل بها على الطعام. كما لم يعد الدافع التطوري للحصول على الطعـــام ذا الطاقة الكثيفة في أوقات النقص ملائمًا. فنحن في الغرب لدينا وفرة من الأغذيـــة المتاحة لنا، وبذلك لم يعد الطعام يعتمد على المواسم، كما أن لدينا القدرة علـــى حفـــظ الأطعمة؛ ولهذا لم يعد يجب علينا أكل أكبر قدر نستطيعه كلما توفر الغذاء؛ وذلك لأننا نستطيع أن نجزم نسبيًّا من أين ومتى سنحصل على وجبة الغذاء

القادمة. فبيئتنا الراهنة - حيث الطعام متوفر على نطاق واسع - مريحة وسهلة من حيث الوصول للطعام. هذا المزيج من هذه البيئة وتراثنا التطوري ربما يستطيع تفسير مشكلة السمنة الحالية. ونكشف تأثير "الجين البيئي" للسمنة في الجزء التالي.

٣- التفسيرات السلوكية Behavioural Explanations:

التفسير البسيط للسمنة هو أنها حالة تحدث لأن الأفراد يتناولون طاقة أكثر بكثير مما ينفقون(Pinel, 2003). وتمت مناقشة أن الانخراط في هذا السلوك يُشجع من خلال الجين البيئي للسمنة التي نعيشها في الغرب.

- الجين البيئي للسمنة Obesogenic environment:

طرح مصطلح "جين السمنة" Obesogenic من خلال "سوينبيرن" Swinburn وزملائه (١٩٩٩)، الذين اقترحوا أن البيئة الجسمية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية تشجع على كثرة الأكل وقلة النشاط. وبوجه خاص، هناك عوامل مثل صناعة المواد الغذائية والمعلبات الغذائية والإعلانات الغذائية توفر الأطعمة ذات السعرات الحرارية الكثيفة، كما صممت البيئة على التشجيع المتزايد لنمط الحياة المستقر من خلال استخدام السيارات، والكمبيوترات، والتلفازات (Hill and Peters, 1998)، مما يؤكد على إسهام الجين البيئي في حدوث السمنة. ويرى "يليزسذيك" Ulijaszek (٢٠٠٧) أن هذه المشكلة تحدث بسبب أنه في حين كون توازن الطاقة (الطاقة المأخوذة المتجاوزة حدود الطاقة المنفقة تعادل زيادة في الوزن) بسيط بدرجة كافية للفهم، فإن تجنب الجين البيئي للسمنة ليس بالأمر البسيط، فموضوعات مثل الأمن الغذائي وسهولة الحصول على الطعام تدخل في التأثير علينا.

١- الأمن الغذائي Food Security:

يتحقق الأمن الغذائي عندما تكون لدينا المقدرة الجسمية والاجتماعية والاقتصادية على الحصول على الأطعمة الآمنة والغذائية. فقد لاحظ "يليزسذيك" (٢٠٠٧) أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي في الشعوب الأفقر يرتبط ارتباطا طرديا بالسمنة. وبعبارة أخرى، ارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي يصاحبه ارتفاع مستويات السمنة. وفي المجتمعات الفردية، تأتي هذه العلاقة عكسية؛ فارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي، يصاحبه انخفاض مستويات السمنة.

مثل هذه النتائج تربط بين كثافة الطاقة وتكاليف الطاقة للأطعمة. وهذا يعني أن الوجبات الغذائية التي هي أكثر كثافة للطاقة أقل تكلفة، فيكون الأكثر ميلاً

لتناولها هم الأفراد ذوو الحالة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة، وبالتالي تسهم في مستويات السمنة.

٢- سهولة الحصول على الطعام Convenience Food:

جنباً إلى جنب مع التغيرات في الطريقة التي نعمل بها، تؤدي سهولة طلب الطعام إلى تطوير الأغذية المعلبة التي تأخذ وقتًا قليلا للإعداد (Schluter and Lee, 1999)، فضلاً عن زيادة في كمية الطعام التي يتم استهلاكها بعيدًا عن المنزل (McCrory et al., 1999). فقد لوحظ أن عدد منافذ الأطعمة السريعة قد تزايد بشكل مضاعف، وله تأثير سلبي على مستويات أوزاننا. فعلى سبيل المثال، وجد "جيفري" Jeffrey وزملاؤه (٢٠٠٦) أن أكل أطعمة سريعة في المطاعم يرتبط إيجابيًّا بنظام غذائي ذي نسبة عالية من الدهون، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم، وانخفاض استهلاك الخضروات.

- المشكلات :

ترتبط السمنة بمدى واسع من المشكلات الجسمية والنفسية، بما في ذلك أمراض الأوعية القلبية، والسكري، والسكتة الدماغية، والأورام السرطانية، وارتفاع ضغط الدم، والوفاة، وانخفاض تقدير الذات، وصورة الجسم المشوه، والاكتئاب (Ashton et al., 2001; Ogden and Flanagan, 2008; Wadden et al., 2006). وقد لاحظ "موررريسون" و"بينيت" (٢٠٠٩) أن الاستهداف للأمراض تزداد علاقته نسبيًّا بوزن الأفراد. كما ذكرت "أوغدن" (٢٠٠٧) أن مكان تخزين الدهون في الجسم له صلة أيضًا؛ فالدهون المخزنة في الجزء العلوي من الجسم – خاصة منطقة البطن – هي أكثر خطورة على الصحة من تلك المخزنة في الجزء الأسفل من الجسم؛ ولذلك، فبسبب أن الرجال أكثر عرضة من النساء لتخزين الوزن في أجسادهم في الأجزاء العلوية فهم أكثر استهدافًا إذا كانوا يعانون من السمنة المفرطة، ونتيجة لاهتمام النساء أكثر بوزنهن، نجدهن أكثر شيوعًا في الدراسة. ومع انتشار هوس النحافة الآن – وهو النفور من الدهون لدى كل من البالغين والأطفال – واللوم الذين يعانونه بسبب السمنة المفرطة (American Medical Association, 2003)، فإنه ليس من الغريب أن نجد المشكلات النفسية كانخفاض تقدير الذات، وصورة الجسم المشوه، والاكتئاب هي الأكثر شيوعًا لدى الأفراد الذين يعانون من السمنة المفرطة.

- الإدارة:

١- التدخلات السلوكية Behavioural Interventions:

ركــزنا باستفاضـــة فـــي الفصل الثامن على اتباع نظام غذائي (كبح الأكل)، والعــوامل التي تؤثر في نجاح أو عدم نجاح هذا الأسلوب، حيث تتحصر التدخلات الــسلوكية التقلــيدية للــسمنة تقــريبًا في الحد من الطاقة المأخوذة وتحسين الوقت المنقضي في ممارسة النشاط البدني(Manzoni et al., 2009). واتضح أن للبرامج الغذائــية المتعددة فعالية على المدى القصير في الحد من وزن الجسم، لكن أظهرت الأبحـــاث أيضًا أن استعادة الوزن عادة ما تحدث بعد فقدان الوزن المتعمد، فالأفراد الــذين يعانون من السمنة المفرطة المحاولون فقدان الوزن يجدون أن وزنهم أشبه بالــدورة، فهم يفقدون وزنهم ثم يستعاد مرة أخرى؛ فالحفاظ على فقدان الوزن ليس عملية سهلة (Jeffrey et al., 2000).

وفـــي الفـــصل السابق، تم وصف الصلة بين تناول الطعام والمزاج، فالأكل الانفعالـــي شـــائع نسبيًّا(Bekker et al., 2004; Lindeman and Stark, 2001)، ويمكن اعتباره شكلا من أشكال الخلل الوظيفي للمواجهة Dysfunctional Coping (Solomon, 2001).

وقد لاحظ "مانزوني" Manzoni وزملاؤه (٢٠٠٩) أن الأفراد الذين يتناولون الطعـــام أو يزيدون في الأكل استجابة للانفعالات السلبية من المرجح أن يعانوا من زيـــادة الـــوزن أو الـــسمنة، واقتـــرحوا أنه إذا استطاع هؤلاء الأفراد تقليل الأكل الانفعالـــي، فهم سيكونون أكثر عرضة للنجاح في تخفيض الوزن. وباعتباره وسيلة للحد من تناول الطعام الانفعالي لدى مجموعة من السيدات اللاتي يعانين من السمنة المفــرطة (تتـــراوح أعمارهن ما بين ١٨-٦٠ عامًا)، استخدم "مانزوني" وزملاؤه (٢٠٠٩) تجـــريب الـــتدريب علـــى الاســـترخاء، ووجدوا أنه بمجرد تحسين قدرة المـــشاركات علـــى الانخراط في تمارين استرخاء، يزداد اعتقادهن بقدرتهن على خفـــض تـــناول الطعـــام الانفعالي. وهذه الدراسة ليست دراسة طولية؛ وبالتالي لم تـــسجل التأثيـــرات طويلة المدى لهذا التدخل على إنقاص الوزن، لكن خلال ثلاثة أشـــهر متابعة، وجد أن هؤلاء المشاركات اللاتي خضعن لتدريب على الاسترخاء ســـجلن بـــشكل جوهـــري انخفاضًا في عدد مرات فترات الأكل الانفعالي مقارنة بالمجمـــوعة الـــضابطة التي لم تتلق مثل هذا التدريب. ويأمل "مانزوني" وزملاؤه (٢٠٠٩) أن الـــتدريب علـــى الاسترخاء يمكن أن يكون أداة مفيدة للحد من فترات الأكل الانفعالي التي يشارك فيها الأفراد.

٢- التدخلات الجراحية Surgical Interventions:

بينما معظم المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة يشاركون من خلال التدخلات السلوكية، فإن هناك تزايدًا في البحوث التي تشير إلى أن الكثير من التدخلات السلوكية تفشل في إنتاج مستمر لفقدان الوزن؛ ولهذا بدأ بعض الأطباء التوجه نحو الجراحة. فالجراحة الآن خيار متاح لحالة السمنة المفرطة عندما تفشل كل المحاولات الأخرى في فقدان الوزن بشكل متكرر(Oggden et al., 2006). والشكلان الأكثر شيوعًا لجراحة السمنة هما: تجاوز المعدة Gastric Bypass وربط المعدة بالمنظار Laparoscopic Gastric Banding. وكلاهما على حد سواء يقيدان جسميًا الكمية التي يمكن للأفراد أن يأكلوها. أما عملية تجاوز المعدة، فتشمل إجراء عملية جراحية في المعدة تتضمن إنشاء حقيبة صغيرة شبه المعدة ومرور جزء إلى الأمعاء الدقيقة لجعل الجهاز الهضمي أقصر، وعلى الرغم من أنه ليس هناك في الواقع إزالة، فإن هذا يعني التمكين فقط من تناول وجبات صغيرة، إضافة إلى امتصاص الجسم أقل المواد الغذائية. وأما عملية ربط المعدة، فتقلل أيضًا من حجم المعدة، لكنها تستخدم حزامًا؛ وذلك فقط لتقليل الوجبات التي تؤكل قبل الشعور بالامتلاء.

وتعتبر تقارير نجاح التدخلات الجراحية إيجابية من ناحية فقدان الوزن. فعلى سبيل المثال، سجل "تورجيرسون" Torgerson و"سجوستروم" Sjostrom (٢٠٠١) متوسط فقدان الوزن بعد عامين ٢٨ كيلوجرام لدى مجموعة مرضى العملية الجراحية فقط، مقارنة بـ ٠,٥ كيلوجرام لدى مجموعة العلاج التقليدي. هذا الفرق كان لا يزال واضحًا خلال ثماني سنوات من المتابعة. ومع ذلك، أشارت "أوغدن" وزملاؤها (٢٠٠٦) إلى أن جراحة السمنة لا تؤثر ببساطة فقط في فقدان الوزن، لكن لها أثرًا أيضًا على الصحة النفسية، وقد كان هذا الأثر إيجابيًا إلى حد كبير. فعلى سبيل المثال، أظهر كل من "ديزوان" de Zwaan وزملاؤه (٢٠٠٢) و"أوغدن" وزملاؤها (٢٠٠٥) أن المرضى سجلوا تحسنًا في نوعية حياتهم بعد الجراحة. وكذلك، سجل "هولزوارث" Holzwarth وزملاؤه (٢٠٠٢) انخفاضًا في استخدام مضادات الاكتئاب بعد الجراحة؛ مما يشير إلى تحسن في المزاج. وفي دراسة اكتشاف أثر الجراحة، ذكرت "أوغدن" وزملاؤها (٢٠٠٦) أن الآثار الإيجابية لعملية جراحة فقدان الوزن هي إعادة الثقة، وتقدير الذات، والشعور بالطاقة، وتحسن نوعية الحياة العامة، حيث اقتبسوا قول أحد المشاركين:

"أشـــعر بمزيد من الثقة .... وأصبحت أقل شعورًا بالحرج، وأكثر وعيًا ذاتيًّا، كما أن لغة الجسم قد تغيرت .... فأستطيع الآن أن اكتف أيدي في مقعدي وأتحدث .... أشـــعر بأنني قد حصلت على حياةٍ جديدة، وفرص جديدة، واحتمالات جديدة. أنا شخص جديد .... أنا مولود جديد حقًّا"(Ogden et al., 2006: 287)

مفـــتاح هـــذه التغيـــرات الإيجابية هو الشعور بالتحكم الذي ذكره المرضى. وبالنـــسبة لبعض هؤلاء المرضى، قد يكونون رحبوا بالتحكم خارجيًّا، وهو سيطرة المفروضـــة علـــيهم من الخارج؛ لأنها تخلو من أي شعور بالمسؤولية (مثل تحكم الجراحة في استهلاكهم للطعام). وفي المقابل، بالنسبة للآخرين، كان التحكم داخليًّا (الجـــراحة مكنـــتهم مـــن الشعور بأنهم قادرون على السيطرة). ووجدت "أوغدن" وزملاؤها (٢٠٠٦) أن وجود أي نمط من التحكم يمكن تعميمه على جوانب أخرى مـــن حياة المشاركين؛ مما يزيد من الشعور بالتحكم في حياتهم بوجه عام، وبالتالي يؤدي إلى التحسن الإيجابي للحالة النفسية. ويبدو أنه بالنسبة للمرضى الذين يعانون مـــن الـــسمنة المفـــرطة، والـــذين فشلت معهم مرارًا وتكرارًا التدخلات الأخرى، أصبحت الجراحة هي الخيار الناجح.

٣- المعتقدات Beliefs:

هـــناك بعـــض الأدلة التي تشير إلى أن الممارس العام لا يعطي اهتمامًا كافيًا لموضـــوع الـــسمنة (Moore et al., 2003). فقـــد لاحـــظ – مـــثلا – "كوبيلمان" Kopelman و"جراســـي" Grace (٢٠٠٣) أن معظم علاج حالات السمنة المفرطة في المملكة المتحدة تحدث في خدمات الرعاية الأولية، حيث إن المنهج المتبع لعلاج الـــسمنة غيـــر منـــسق وغيـــر متناسق. وهناك أيضًا أدلة تشير إلى أن اتجاهات الممارســـين العـــام لعـــلاج السمنة المفرطة يمكن أن تؤثر في نجاح التدخلات أو فـــشلها. فعلى سبيل المثال، سجل "إبستين" Epstein و"أوغدن" (٢٠٠٥) في دراسة اكتـــشاف وجهـــات نظر الممارسين العام في علاج السمنة المفرطة أنهم في المقام الأول يرون أن الاعتقاد لدى المرضى هو المسئول عن السمنة المفرطة، أكثر من كـــونها مشكلة طبية تتطلب تدخلا طبيًّا. وبرغم ذلك، سجل أيضًا الممارسون العام أنهـــم يشعرون بأن المرضى يرون الموضوع بشكل مختلف، حيث يريد المرضى أن يـــتحمل الممارســـون العام المسئولية في السيطرة على الموضوع. وقد اقتبسوا كلمـــة ممـــارس عام يقول: "إنه كان يتطلع إلى ما أنوي فعله في وزنه، أكثر مما يجـــب علـــيه هو عمله في هذا الموضوع". هذا الصراع يعني أن الممارسين العام يشعرون بالإحباط من مرضاهم لعجزهم الواضح في تغيير نمط حياتهم. وقد تؤدي

الحاجــة إلــى حــل هــذا الــصراع في بعض الأحيان إلى تقديم الممارسين العام العلاجات التي يعتقدون أنها غير ملائمة مثل العقاقير المضادة للسمنة.

هــذا الصراع في المعتقدات حول المسئولية وخيارات العلاج يمكن أن يخلق مــشكلات فــي العلاقــة بين المريض والممارس العام، نظراً للتأكيد الراهن على اعــتماد الرعاية الصحية الأولية على المشاركة بين المريض والممارس في صنع القــرار(Tailor and Ogden, 2009). فمن أجل المشاركة في صنع القرار، يصبح كــل من الطرفين بحاجة إلى التوصل إلى اتفاق حول تحديد المسئول عن إدارة هذه الحالــة. ولــذلك كشفت "أوغدن" وزملاؤها (٢٠٠٣) عن أهمية دور استخدام اللغة وكيفــية أن اختيار مصطلح خاص يمكن أن يؤثر على إدراكات المرضى للمشكلة. واستخلــصوا أنــه عــندما يستخدم الممارسون العام مصطلحات طبية (على سبيل المــثال التهاب المعدة والأمعاء Gastroenteritis) بدلاً من وضع التشخيص (على ســبيل المــثال اضطراب المعدة Stomach Upset)، فإن المرضى الأكثر ثقة في ممارســهم العــام يــشعرون بــأنهم قد تم أخذهم على محمل من الجد. ومن ناحية أخــرى، عــند استخدام الممارسين العام المصطلح العامي the Lay Term، يصبح لــدى المرضــى مــزيد مــن الشعور بمسئوليتهم نحو المشكلة التي تتم مناقشتها والإحــساس باللــوم. فقرر أن اللغة المستخدمة من قبل الممارسين العام تؤثر على كيفية شعور المرضى بمشكلتهم.

ونتــيجة لهــذا العمــل، كشف "تايلور" Tailor و"أوغدن" (٢٠٠٩) عن دور اســتخدام مــصطلح السمنة في التشاور بين المريض والممارس العام، ووجدا أن غالبــية الممارسين العام يتجنبون مصطلح السمنة، ويفضلون بدلاً من ذلك استخدام العبارات الملطفة (مثل: إن وزنك قد يضر صحتك). كما وجدا أن استخدام الصور الإعلامــية مــع مرضى السمنة وغير السمنة يزيد من الاعتقاد بكون المشكلة ذات نــواتج خطيــرة مقارنة باستخدام مصطلح السمنة، كما أن المرضى سجلوا شعورًا أكثــر بالــضيق والقلــق مما كانوا عليه عندما قدمت لهم الأعراض نفسها بتعبير ملطــف، وكــذلك فإنــه عند تقسيم المرضى إلى ذوي السمنة وغير ذوي السمنة، اتــضح أن مــصطلح الــسمنة له تأثير انفعالي كبير مقارنة باستخدام تعبير ملطف للمرضــى غير السمنة. وعلى النقيض، اكتشف أن مرضى السمنة يجدون استخدام التعبيــر الملطــف أكثر إزعاجًا. ولذلك خلص "تايلور" و"أوغدن" (٢٠٠٩) إلى أن توظيف اللغة يمكن أن يكون مفيدًا للغاية من حيث التأثير في تغيير السلوك، لكنهما

أشارا إلى الحاجة إلى مزيد من البحوث في هذا المجال الرائع قبل تطوير استخدام مبادئ توجيهية ملموسة حول اللغة المتقدمة.

التلخيص:

هـــناك تركيز واسع المدى لعلم النفس الصحي فيٍ هذا المجال عن اضطراب الأكـــل؛ لأن الكثيـــر مـــن الأفراد (ذكورًا كانوا أو إناثًا) في الثقافات الغربية لديهم مشكلة بناء صورة إيجابية لجسمهم.

ويقرر كل من "ليفين" Levine و"سمولاك" Smolak (٢٠٠٦) أن اضطرابات الأكـــل هي التحدي الرئيس للصحة، فبغض النظر عن حجم أجسام الأفراد، ينبغي تـــشجيعهم علـــى تعلـــم تقبل وتقييم ماذا يمكن أو لا يمكن فعله لتغيير الخصائص الجسمية؟ وربما كان الأهم من ذلك لعلم النفس الصحي هو فهم كيفية تأثير العوامل النفسية والاجتماعية في الأكل، والحجم، والشكل.

لمزيد من القراءة:

Fairburn, C. and Harrison, P.J. (2003) Eating disorders, The Lancet, 361, 407-16.

Soban, C. (2006) What about the boys? Addressing issues of masculinity within male anorexia nervosa in a feminist therapeutic environment. International Journal of Men's Health, 5(3), 251-67.

مصطلحات البحث الافتتاحية:

فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي، السمنة، اضطرابات الأكل.

المصطلحات

المصطلحات

تخطيط الحدث Action Planning	عملـــية وضع خطة مفصلة عن كيفية تنفيذ السلوك موضع الاهتمام وميعاد التنفيذ ومكانه.
افتراض التكيف مع الفرار من المجاعة Adapted to Flee Famine Hypothesis (AFFH)	النظرية التطورية التي تحاول تفسير فقدان الشهية العصبي من خلال افتراض أن أعراض فقدان الشهية تخدم بوصفها وظيفة تكييفية في أوقات المجاعة.
الأهداف Aims	هي خطوط عريضة لما تحاول تحقيقه.
فقدان الشهية Anorexia	نقص الشهية.
فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa	نقـــص الـــشهية العصبي، وهو اضطراب نفسي حيث يُجيع الأفـــراد أنفسهم ليصلوا للنحافة، لاعتقاد خاطيء لديهم بأنهم بدناء، بغض النظر عن حجمهم(Forshaw, 2002).
مضادات الميكروبات Antimicrobial Properties	الأشياء التي لها القدرة على قتل أو كبح نمو الكائنات الحية الدقيقة مثل البكتيريا.
أسلوب التقرب Approach Style	الأفـــراد الـــذين يأخذون "أسلوب التقرب" للمواجهة يكونون أكثـــر تحكمًا في بيئتهم لمواجهة الموضوعات وجهًا لوجه، وينخـــرطون فـــي اســـتراتيجيات حل المشكلة للتعامل مع مصادر الضغوط التي يواجهونها.
أسلوب التجنب Avoidance Style	الأفـــراد الذين يمارسون "أسلوب التجنب" للمواجهة يفضلون تجـــنب مـــصادر المشقة – إذا كان ذلك ممكنًا – والتركيز علـــى معالجة استجاباتهم الانفعالية لمصادر المشقة أكثر من التعامل مع مصادر المشقة ذاتها.
القياس القاعدى Baseline Measure	مقـــياس للأداء يؤخذ قبل تنفيذ التدخل، وتتم مقارنته بقياس الأداء مستقبلاً؛ مما يسمح بتحديد تأثير التدخل.
منهج تغيير السلوك Behaviour Change Approach	مـــنظور تعزيـــز الصحة يناقش أن لتغيير عمليات التفكير ينبغـــي التركيز المركزي في تطوير أنشطة تعزيز الصحة (Albery and Munafo, 2008).

الخمسة الكبرى Big Five	نموذج للشخصية تطور من خلال "مكارى" و"كوستا" (١٩٨٧) اللذين يفترضان أن أنماط الشخصية الخاصة يمكن أن تساعد أو تعوق عملية المواجهة.
النهم Binges	فترات من الأكل يُحس فيها بفقدان التحكم وأكل كميات كبيرة غير معتادة من الطعام.
المقاومة الكهربائية البيولوجية Bioelectrical Impedance	عملية تنطوي على تمرير تيار كهربائي خلال أنسجة الجسم للأفراد، حيث تدل زيادة إعاقة التيار على كثرة الدهون المخزونة في الجسم (الدهون مادة عازلة لا توصل الكهرباء).
العائد الحيوي Biofeedback	نمط لعملية علاجية تمكن الأفراد من تعلم تغيير استجاباتهم الفسيولوجية خلال مراقبتها في أحد الأجهزة (Forshaw, 2002).
النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model	التركيز على التفاعل بين الصحة والجسم، وهناك تقبل لمدى الفروق الفردية في الشخصية والثقافة التي تؤثر في الصحة (Forshaw, 2002).
مؤشر كتلة الجسم Body Mass Index (BMI)	وسيلة لقياس السمنة المفرطة من خلال حساب أوزان الأفراد بالكيلوجرام مقسومًا على مربع أطوالهم بالمتر.
نموذج الحدود Boundary Model	يحاول هذا النموذج أن يفسر كيف ننظم أكلنا.
فرض التخفيف Buffering Hypothesis	افتراض يوضع لتفسير كيف للمساندة الاجتماعية أن تقلل المشقة؟. حيث يقترح أن المساندة الاجتماعية تؤدي دورًا أشبه بالعازل، فتخفف مصادر المشقة ضد الأفراد (Forshaw, 2002).
الشره العصبي Bulimia Nervosa	اضطراب الأكل. فالأفراد ذوو الشره العصبي يأكلون كميات كبيرة من الطعام، يليها القيء أو أخذ ملينات للحماية من تناول هذه السعرات الحراية التي لها تأثير على وزنهم.
متلازمة شغف الكربوهيدرات Carbohydrate Craving Syndrome	هي الرغبة الشديدة – التي لا يمكن مقاومتها تقريبًا – في استهلاك الأطعمة الحلوة أو النشوية.

دراسة حالة الضبط Case-Control Study	تصميم بحثي للدراسة يستخدم بشكل واسع في علم الأوبئة التي تكافيء بين مجموعات من الأفراد على أساس وجود خصائص محددة (مثل مرض محدد) أو غيابها؛ وذلك لتحديد العوامل الأخرى (مثل التعرض لعامل البيئة) المرتبطة بهذه الخصائص(Albery and Munafo, 2008).
التشريط الكلاسيكي Classical Conditioning	عملية الارتباط بين الأحداث واستجاباتها.
العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioural Therapy	المنهج الذي يؤكد أهمية تغيير معارفنا وسلوكنا بوصفه وسيلة للتأثير في الاستجابات الانفعالية والفسيولوجية الناتجة عن مصدر المشقة.
منهج تطوير الجماعة/ المجتمع Collective/Community Development Approach	منظور تعزيز الصحة الذي يناقش أن الحالة الصحية الفردية تعتمد على الأسباب البيئية للأمراض التي يجب على الأفراد تجميعها لتغيير بيئاتهم الجسمية والاجتماعية (Albery and Muunafo, 2008).
المجتمع Community	مجموعة من الأفراد التي لديهم بعض الأشياء الشائعة الرابطة بينهم، مثل الموقع الجغرافي، أو الانتماء الديني، أو الأصل العرقي، أو المهنة.
مجال الطب البديل والتكاملي Complementary and Alternative Medicine (CAM)	مصطلح يصف بمدى واسع الأنظمة الطبية والممارسات العلاجية المتنوعة وأنظمة الرعاية الصحية البديلة التي تقع خارج حدود الطب الحيوي التقليدي(Hill, 2003: 270).
المجموعة الضابطة Control Group	مجموعة من المشاركين تتعامل بطريقة مماثلة لمجموعة التدخل/ العلاج، غير أنهم لا يتلقون التدخل ذاته. بمعنى آخر، كل المتغيرات غير التدخل تكون محافظة بشكل ثابت (Marks and Yardley, 2004).
المواجهة Coping	أي شيء يقوم به الأفراد لتدبر مشكلات الاستجابات الانفعالية(Carver and Scheier, 1994).
استراتيجيات المواجهة Coping Strategies	تشير إلى مجهودات سلوكية ونفسية محددة يبذلها الأفراد لمحاولة السيطرة على الأحداث الشاقة أو تحملها أو تقليلها أو تخفيضها (Gurung, 2006).

أساليب المواجهة Coping Styles	هـي المـيل العام لمعالجة المشقة، وتنقسم إما إلى أسلوب التقرب أو التجنب.
التصميم المستعرض Cross-Sectional Design	دراسة مجموعة من المشاركين في نقطة واحدة في الوقت.
هاديات الحدث Cues to Action	العـوامل أو المحفـزات التي توجه السلوك (مصطلح من نموذج المعتقدات الصحية).
الميكانيزمات الدفاعية Defense Mechanisms	عملـيات نفـسية لا شـعورية تساعد على تجنب الصراع الشعوري أو القلق(Sykes, 1989).
الإنكار Denial	آلـية دفاعية تعمل على رفض الأفراد الاعتقاد بأن الموقف قد حدث أصلا.
الدراسة الوصفية Descriptive Study	الدراسـة التـي تحاول اكتشاف الأنماط المرتبطة بأمراض محددة بدون التركيز على فرضيات محددة سلفاً.
افتراض التأثيرات المباشرة Direct Effects Hypothesis	افتـراض وضع تفسير لكيفية إمكان المساندة الاجتماعية أن تخفـض المـشقة، حيث يقترح أن المساندة الاجتماعية لها تأثير جيد علينا.
الاستقراء المزاجي المنزعج Dysphonic Mood Induction	عملـية حفـز المزاج السيء بشكل آخر، ويتحقق عادة من خـلال التـشجيع على تذكر الخبرة الحزينة أو الصعبة، أو بسؤال الأفراد قراءة قصص مصممة لتخفيف مزاجهم.
الصحة الإلكترونية e-health	استخدام التكنولوجيا الحديثة وسيلة للحصول على معلومات صحية أو إرسالها.
الشحنات الكهربية Electrolytes	مواد كيميائية تنظم أجهزتنا الجسمية.
المواجهة المرتكزة على الانفعالات Emotion-Focused Coping	استراتيجية تشمل التعامل مع الانفعالات الناتجة عن مصدر المشقة.
عوامل التمكين Enabling Factors	العـوامل التـي لها قدرة على تعزيز احتمال حدوث سلوك الصحة.
علم الأوبئة Epidemiology	دراسـة توزيع الصحة والمرض ومحدداتها في القطاعات السكانية (Rugulies et al., 2004).
التقييم Evaluation	العملية التي نقرر بها قيمة شيء ما أو ثمنه، وتشمل القياس، والملاحظـة، والمقارنـة مـع سياسـة البرنامج أو هدفه (Corcoran, 2007).

الدليل المعتمد على الممارسة Evidence-Based Practice	استخدام الدليل البحثي لإرشاد الممارسة (Corcoran, 2007).
الدراسة التجريبية Experimental Study	هي الدراسات التي تعالج (تغير) ظرفًا ما لتحديد تأثيرات الظرف على الناتج موضع الاهتمام.
التعرض Exposure	عملية تعريض الأفراد الآمن لموضوع هم يخافون منه.
نظرية الخلية الدهنية Fat Cell Theory	تقرر أن الأفراد ذوي السمنة المفرطة يولدون بعدد أكبر من الخلايا الدهنية.
مجموعة التركيز Focus Group	مجموعة صغيرة من الأفراد جمعت معًا لمناقشة موضوع تحت توجيهات الباحث أو الوسيط.
مخاوف الأطعمة الجديدة Food Neophobia	الاحجام عن (أو تجنب) أكل الأطعمة الجديدة.
صياغة التأثيرات Framing Effects	هي الطريقة التي يتم بها الاتصال بين البيانات والمعلومات. ويمكن لهذه المعلومات أن تعطي صياغة إيجابية أو سلبية، مما يكون له تأثير كبير على طريقة تفسيرها في وقت لاحق.
تجاوز المعدة Gastric Bypass	العملية التي تقيد جسميًا الكمية التي يأكلها الأفراد من خلال إنشاء حقيبة صغيرة شبه المعدة تمر إلى الأمعاء الدقيقة.
زملة التكيف العام General Adaptation Syndrome (GAS)	تقرر أننا نستجيب آليًا لمصادر المشقة في ثلاث مراحل استجابة: الإنذار، والمقاومة، والإنهاك. هذا النموذج لم يتضمن التأثير المحتمل للعوامل النفسية.
الصلابة Hardiness	نمط الشخصية التي تتميز بثلاثة عوامل (Albery and Munafo, 2008): الالتزام (إدراك الهدف من الأنشطة الحياتية)، والضبط (الاعتقاد بالقدرة على التأثير الذاتي في المواقف)، والتحدي (رؤية التكييف والتغيير باعتباره خبرة طبيعية وإيجابية).
السلوك الصحي Health Behaviour	الإجراءات التي تتخذ بشكل قصدي لتحقيق الصحة الجيدة أو للحفاظ عليها أو لاستعادتها، أو من أجل الوقاية من الأمراض.
المعتقد الصحي Health Belief	الأفكار والمعارف (لا تعتمد بالضرورة على حقائق) التي يمتلكها الأفراد بشأن صحتهم.

نموذج المعتقدات الصحية Health Belief Model	يساعد على التنبؤ بالسلوك الصحي معتمدًا على القابلية المدركة للإصابة بالمرض، وتكاليف السلوك الصحي وفوائده، والهاديات للتصرف في البيئة التي تحفز السلوك (Forshaw, 2002).
السلوكيات المضرة بالصحة Health-Impairing Behaviours	السلوكيات التي لها تأثير سلبي على الصحة.
التدخل الصحي Health Intervention	تقديم علاج لتحسين الحالة، خصوصاً الإجراءات أو التطبيقيات الطبية التي تهدف إلى تخفيف المرض أو الإصابة. بعبارة أخرى، الإجراءات المتخذة لتحسين الوضع الصحي.
الدافع الصحي Health Motivation	حافزنا الذي يدفعنا الى التصرف بطريقة صحية.
النواتج الصحية Health Outcomes	تغييرات في الصحة تتبع تنفيذ برنامج للتدخل الصحي.
تعزيز الصحة Health Promotion	النشاط والحدث والعملية التي تيسر تحسين الحالة الصحية للأفراد والجماعات، أو تغيير المنبهات السلوكية للحماية ضد الضرر المرتبط بالسلوك الصحي غير التكيفي (Albery and Munafo, 2008).
السلوك الصحي الواقي Health Protective Behaviour	السلوك الذي له تأثير إيجابي على الصحة.
توزان الجسم Homeostasis	عملية حفظ التوازن.
Homogeneousمتجانس	هي تشابه النوع نفسه، ومشاركة الخصائص نفسها.
التمثيلات المرضية Illness Representations	الطريقة التي نفكر بها حول المرض.
الفجوة بين السلوك والمقصد Intention-Behaviour Gap	تشير إلى مدى إمكانية تحول المقاصد التي تقف وراء تغيير السلوك إلى تصرف.
مجموعة التدخل / العلاج Intervention / Treatment Group	مجموعة المشاركين الذين يعاملون بطريقة مماثلة للمجموعة الضابطة، لكنهم يتعرضون إلى التدخل، في حين أن كل المتغيرات الأخرى تكون متكافئة بين المجموعتين.

ربط المعدة بالمنظار Laparoscopic Gastric Banding	العملية التي تقيد الكمية التي يتناولها الأفراد من خلال وضع حزام حول المعدة لجعلها أصغر حجمًا.
مركز الضبط Locus of Control	مصطلح يوجز فكرة التحكم الذاتي. ويقترح أن الأفراد الذين يشعرون بأنهم يتحكمون في حياتهم لديهم "مركز ضبط داخلي"، في حين أن الذين يشعرون بأن حياتهم يتم التحكم فيها من خلال الفرصة يكون لديهم "مركز ضبط خارجي".
وسائل الإعلام Mass Media	وسائل الاتصال المطبوعة أو الإليكترونية التي ترسل إلى جمهور عريض(Corcoran, 2007).
النموذج الطبي Medical Model	يصور الإنسان في أنسجة مختزلة وعمليات فسيولوجية تكون محور التدخل. فالثقافة، والأفكار، والمعتقدات لا تؤخذ في اعتباره على أنها مصدر للتأثير(Forshaw, 2002).
نظرية معدل الأيض Metabolic Rate Theory	تقرر أن الأفراد ذوي معدلات الأيض المنخفضة يكونون أكثر عرضة للسمنة المفرطة؛ لأنهم عندما يستريحون، تنخفض معدلات الأيض بحرق أقل السعرات الحرارية.
تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	برنامج تدريب نفسي – تربوي في الذهن وتطبيقاته اليومية في الحياة(Biegel et al., 2009). ويشجع برنامج تنبيه الذهن المعتمد على الحد من المشقة الأفراد على تطوير اتجاه تقبلي أو غير حكمي تجاه الأحداث والخبرات.
الأكل الجنوني Mindless Eating	مفهوم تطور من خلال "بريان انسينك" Brian Wansink ليصف ميلنا نحو الأكل بدون تركيز على الهاديات الفسيولوجية أو البيئية أو الثقافية أو النفسية.
معدلات الإصابة Mortality Rates	عدد الحالات المرضية أو المرض الموجودة في فترة زمنية محددة، يتم التعبير عنها من خلال عدد الحالات الجديدة (معدل) أو العدد الكلي للحالات الموجودة (انتشار).
معدلات الوفيات Morbidity Rates	عدد حالات الأفراد الذين توفوا من مرض أو أمراض محددة.
الانتقاء الطبيعي Natural Selection	عملية انتقال الصفات عبر الأجيال التي تزيد من احتمال بقاء الكائن حيًّا عن طريق الاستنساخ. بعبارة أخرى، السماح بمرور صفات معينة عبر النسل تزيد من البقاء على قيد الحياة بشكل أفضل في العالم.

السمنة Obesity	زيادة الوزن، تُعرف عمومًا بزيادة مؤشر كتلة الجسم عن ٣٠.
الغايات Objectives	تهتم بالحالة النهائية المرغوبة التي يجب تحقيقها في غضون فترة زمنية محددة.
حيوانات آكلة اللحوم Omnivores	الكائنات التي تأكل كلا من النباتات والحيوانات.
القيود / التكاليف المدركة Perceived Barriers / Costs	المعتقدات المرتبطة بالحواجز التي يرجح أن تكون عائقًا أمام إجراء العمل الموصى به أثناء الاستجابة لتهديد الصحة. من نموذج المعتقدات الصحية (Albery and Munafo, 2008).
التحكم السلوكي المدرك Perceived Behavioural Control	المعتقدات المرتبطة بمدى اعتقاد الأفراد تحكمهم في سلوكهم. من نظرية السلوك المخطط (Albery and Munafo, 2008).
الفوائد المدركة Perceived Benefits	المعتقدات المتصلة بالنواتج الإيجابية المرتبطة بالسلوك الصحي الموصى به. من نموذج المعتقدات الصحية (Albery and Munafo, 2008).
الخطورة المدركة Perceived Severity	المعتقدات المتصلة بالنواتج الخطيرة للإصابة بالمرض أو عدم الأخذ بالسلوك الصحي الموصى به. من نموذج المعتقدات الصحية (Albery and Munafo, 2008).
القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility	المعتقدات حول مدى احتمال معاناة الفرد من ناتج صحى سواء كان سلبيًا أو إيجابيًا. من نموذج المعتقدات الصحية (Albery and Munafo, 2008).
البلاسيبو Placebo	حبوب أو عقاقير أو إجراءات غير ضارة لها تأثير نفسي قوي على الذين يتناولونها.
الرعاية الأولية Primary Care	العلاج الذي تتلقاه عادة من الآخرين لأول مرة عندما تعاني من مشكلة صحية. هؤلاء الآخرون مثل الطبيب، وأخصائي الأسنان، وأخصائي العيون، والصيدلي.
المواجهة المرتكزة على المشكلة Problem-Focused Coping	هي الاستراتيجية المنطوية على المواجهة المباشرة للموقف الشاق، والعمل على إيجاد وسيلة لحلها.

الاسترخاء العضلي التدريجي Progressive Muscle Relaxation	منهج للاسترخاء يشمل تعلم الأفراد كلاً من أسلوب استرخاء عضلاتهم ومميزاته.
علم المناعة النفسية العصبية Psychoneuroimmunology (PNI)	مجال لعلم النفس الصحي يدرس العلاقة بين النفس وجهاز المناعة.
المنهج شبه التجريبي Quasi-Experimental Approach	المنهج الذي يختلف عن منهج المحاولة المنظمة العشوائية، في أن المشاركين لا يتم توزيعهم على مجموعة العلاج / التدخل أو المجموعة الضابطة من خلال عملية التوزيع العشوائي.
المحاولة المنظمة العشوائية Randomized Controlled Trail (RCT)	المنهج التجريبي في الطب، من خلال إعطاء مجموعة علاجًا أو دواء وعدم إعطاء المجموعة الأخرى شيئًا. يتم توزيع هذه المجموعات بشكل عشوائي (Forshaw, 2002).
التبرير Rationalization	ميكانيزم دفاعي يعمل على إبعاد مشقة الأفراد عن أنفسهم. حيث ينخرطون في عملية التبرير للمشقة.
النكوص Regression	ميكانيزم دفاعي يوظف عندما يعود الفرد إلى سلوكيات أكثر ملاءمة لمستوى ارتقائي مبكر.
الكبت Repression	ميكانيزم دفاعي يعمل عن طريق حماية الفرد من القلق الناتج عن الذكريات والأفكار السلبية من خلال منعها من الوصول إلى الوعي (Morrison and Bennett, 2009).
كبح الأكل Restrained Eating	مصطلح بديل عن اتباع نظام غذائي.
نظرية ضبط النفس Restraint Theory	النظرية التي طورها "هيرمان" Herman و"ماك" Mack (١٩٧٥)، وكشف من خلالها عن تأثير فرض ضبط النفس المعرفي على تناول الطعام.
لعب الدور Role Play	نشاط تعليمي يقوم فيه المشاركون بدور ممارسة مجموعة متنوعة من المهارات، حيث يؤدي المشاركون أدوارًا سلوكية محددة كوسيلة لزيادة وعيهم بنقاط اختلاف وجهات النظر، وكذلك لتعلم مهارات جديدة لمواجهة المواقف المختلفة؛ ومن ثم يسمح لعب الدور للمشاركين بحرية التعلم وممارسة مهارات جديدة دون الخوف من الفشل.

الكفاءة الذاتية Self-Efficacy	مدى ثقة الأفراد في القدرة على أداء سلوك معين والحصول على نواتج متوقعة (Albery and Munafo, 2008).
منحى التمكين الذاتي Self –Empowerment Approach	يقوم منحى التمكين الذاتي على فكرة أنه إذا شعر الأفراد بأنهم متحكمون في بيئاتهم الاجتماعية والداخلية، فإنهم يكونون أكثر انخراطًا في أنشطة تعزيز الصحة؛ سواء على المستوى الفردي أو المجتمعي.
نموذج التنظيم الذاتي Self-Regulatory Model (SRM)	هو النموذج الذي يعتمد على مناحي حل المشكلة، ويقترح أن نتعامل مع المرض والأعراض المرضية بالطريقة نفسها التي نتعامل بها مع المشكلات الأخرى(Ogden, 2007).
المقابلة شبه المنظمة Semi-Structured Interviews	منهج لجمع البيانات يشمل سؤال البحث عددًا قليلا من الأسئلة المفتوحة التي تشجع الشخص على الإدلاء بحديث مطول عن الموضوعات موضع الاهتمام.
نظرية نقطة الحسم Set-Point Theory	هي النظرية التي قدمت من خلال "نيسبت" Nisbett (١٩٧٢) لتفسير كيفية تحديد وزن الجسم.
المنحى المعرفي الاجتماعي Social Cognitive Approach	المنحى الذي يؤكد الطريقة التي تتأثر بها أفكارنا ومشاعرنا بالسياق الاجتماعي الفوري (Albery and Munafo, 2008).
السياق الاجتماعي Social Context	المواقف والأدوار التي يشارك فيها الأفراد أو يهتمون بها.
التعلم الاجتماعي Social Learning	عملية ملاحظة سلوك الآخرين وتأثير ذلك على سلوكنا الشخصي.
تدريب المهارات الاجتماعية Social Skills Training	تدخل مصمم لتيسير التفاعل والاتصال الفعال مع الآخرين.
المساندة الاجتماعية Social Support	تُعرّف بوجه عام على أنها أشكال المساندة الوجدانية، والمعلوماتية، والأدائية التي يحصل عليها الفرد من الآخرين.
الحالة الاجتماعية الاقتصادية Socioeconomic Status (SES)	طريقة لتقدير حالة الفرد الاقتصادية والاجتماعية باستخدام متغيرات مثل الوظيفة والتعليم والدخل، التي وجد أنها ترتبط بصحة الفرد ونوعية حياته.
نموذج مراحل التغيير Stages of Change Model	النموذج الذي يقترح خمس مراحل للشخص يمكن تنفيذها لتغيير السلوك.

المشقة Stress	من المعروف صعوبة التعريف، حيث توصف بأنها الحالة التي تحدث استجابة لمصادر المشقة ونواتجها.
مصدر المشقة Stressor	الحدث الذي يفسره الفرد على أنه مهدد لحياته الجسمية أو النفسية.
استجابة المشقة Stress-Response	الاستجابات المترتبة على مصادر المشقة.
المعايير الذاتية Subjective Norms	هي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وهي مشتقة من نظرية السلوك المخطط(Albery and Munafo, 2008).
إزالة الحساسية Systematic Desensitization	هو شكل من التشريط الكلاسيكي، حيث يطلب من الأفراد تقديم قائمة من الأشياء التي تقلقهم، ثم يشجعون على ترتيبها من الأقل تهديدًا إلى الأكثر، ويتعرضون لها أثناء ممارسة الاسترخاء، حتى يستطيعوا مواجهة الموضوع الأكثر خوفاً.
الجمهور المستهدف Target Population	الجمهور المطلوب منه بيانات.
نظرية السلوك المخطط Theory of Planned Behavior	نموذج للسلوك الصحي مشتق من النظرية الاجتماعية النفسية الذي يشمل دور التحكم الذاتي في التنبؤ بالسلوك بالإضافة إلى المعايير الذاتية والاتجاهات (Forshaw, 2002).
نظرية الفعل المبرر Theory of Reasoned Action	النظرية التي تفترض أن السابق الفوري للسلوك الفعلي هو المقصد السلوكي. وأن المقصد السلوكي يمكن التنبؤ به من خلال الاتجاه والمعيار الذاتي (Albery and Munafo, 2008).
الجين ثريفتي Thrifty Gene	الجين ثريفتي هو إحدى النظريات التي تفسر ميل الأفراد نحو امتلاك الشهية الكبيرة، حيث يتميزون بأن لديهم القدرة على تناول الطاقة بسرعة. وبعبارة أخرى، جينات الثريفتي تمكن الأفراد من جمع المواد الغذائية ومعالجتها بكفاءة لتخزين الدهون خلال فترات الوفرة.
منهج المعيار Titration Methodology	شكل لإزالة الحساسية ينطوي على الأفراد المتحركين نحو المهمة التي تحتوي على موضوع خوفهم؛ حتى يعانوا من خبرة القلق، ثم يتحركون ذهابًا وإيابًا حتى يختفي القلق.

نموذج معاملات المشقة Transactional Model of Stress	طـــرح "لازوارس" Lazarus و"فـــولكمان" Folkman هذا الـــنموذج (١٩٨٤)، الـــذي يقتـــرح أن التفاعل بين الأفراد وبيئتهم (المعامل) هو نتاج (أو ليس نتاج) المشقة.
نمط الشخصية "A" Type A Personality	هـــو نمط الشخصية التي تشمل الصبر، والتعصب، والقدرة التنافـــسية، والمحـــاولات لتحقيق أكثر إنجاز في أقل وقت، والعداء، وامتلاء نمط الحديث بالقوة والحيوية.
نمط الشخصية "B" Type B Personality	هـــو نمط الشخصية التي تتميز بالاسترخاء، وحب الأعمال السهلة، والتعاون.
نمط الشخصية "C" Type C Personality	هـــو نمـــط الشخـــصية التـــي تتصف بالتعاون، والعطف، والـــسلبية، وانخفـــاض الثقة في الذات، والتضحية بالذات، بالإضافة إلى كبح الانفعالات.
نمط الشخصية "D" Type D Personality	هـــو نمط الشخصية التي يتميز أصحابها بأنهم يمتنعون عن التعبيـــر عن مشاعرهم السلبية، كما أنهم – في الوقت نفسه – يتجنـــبون الـــتفاعل الاجتماعي خوفاً من مواجهة رفض مشاعرهم.
التفاؤل غير الواقعي Unrealistic Optimism	يعنـــي أن الأفـــراد يظهـــرون ميلاً نحو الاعتقاد بأنهم أقل عرضـــة لمـــواجهة أحداث الحياة أو المرور بخبرة صحية سلبية مقارنة بالآخرين(Forshaw, 2002).

المراجـــع

المراجع

Abood, D.A., Black, D.R. and Coster, D.C. (2005). Loss-framed minimal intervention increases mammography use. ***Women's Health Issues***, 15, 258-64.

Abraham, C., Conner, M., Jones, F. and O'Connor, D. (2008). ***Health Psychology: Topics in Applied Psychology***. Hodder Education: London.

Abraham, C., Southby, L., Quandte, S. et al. (2007). What's in a leaflet? Identifying research-based persuasive messages in European alcohol-education leaflets. ***Psychology and Health,*** 22(1), 31-60.

Adam, T.C. and Epel, E.S. (2007). Stress, eating and the reward system. ***Physiological Behaviour***, 92, 449-58.

Adams, J., Rodham, K. and Gavin, J. (2005). Investigating the "self" in deliberate self-harm. ***Qualitative Health Research***, 15(10), 1293-309.

Aggleton, P. and Homans, H. (1987). ***Educating about AIDS***. NHS training Authority: Bristol.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. ***Organizational Behavior and Human Decision Processes***, 50, 179-211.

Ajzen, I. and Fishbein, M. (1970). The prediction of behaviour from attitudinal and normative variables. ***Journal of Experimental Social Psychology***, 6(4), 466-87.

Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980). ***Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour***. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.

Ala-Mursula, L., Batear, J., Linna, A. et al. (2005). Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort reward imbalance on sickness absence: The 10-town study. ***Journal of Epidemiology and Community Health***, 59(10), 851-7.

Albery, L.P. and Guppy, A. (1995). Drivers' differential perceptions of legal and safe driving consumption. ***Addiction***, 90, 245-54.

Albery, L.P. and Munafo, M. (2008). ***Key Concepts in Health Psychology.*** Sage: London.

Alferi, S.M., Carver, C.S., Antoni, M.H. et al. (2001). An exploratory study of social support, distress and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. ***Health Psychology***, 20, 41-6.

Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C. and Arash, C. (2009). Health literacy, communication and decision-making in older cancer patients. ***Oncology***, 23(4), 369-75.

American Medical Association (2003). ***Assessment and Management of Adult Obesity: A Primer for Physicians***. American Medical Association: Atlanta, GA.

Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A. et al. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. ***Brain, Behavior and Immunity***, 23, 580-91.

Appel, L.J., Champagne, C.M., Marsha, D.W. et al. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the PREMIER clinical trial. ***Journal of the American Medical Association***, 289(16), 2083-93.

Ard, J.D. (2007). Unique perspective on the obesogenic environment. ***Journal of General Internal Medicine***, 22(7), 1058-60.

Armitage, C. (2009). Is there utility in the transtheoretical model?. ***British Journal of Health Psychology***, 14, 195-210.

Armitage, C.J. and Connor, M. (2002). Reducing fat intake: Interviews used on the Theory of Planned Behaviour. In D. Rutter and L. Quine (eds) ***Changing Health Behaviour***. Open University Press: Buckingham.

Armstrong, K., Schwartz, J.S., Fitzgerald, G. et al. (2002). Effect of framings as gain versus loss on understanding and hypothetical treatment choices: Survival and mortality curves. ***Medical Decision Making***, 22(1), 76-83.

Ashton, W., Nanchahal, K. and Wood, D. (2001). Body mass index and metabolic risk factors for coronary heart disease in women. ***European Heart Journal***, 22, 46-55.

Atkin, C. (2001). Theory and principles of media health campaigns, pp.49-68. In R.E. Rice and C.K. Atkin (eds) ***Public Communication Campaigns*** (3rd edn). Sage: London.

Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S. et al. (2000). Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit at 10 months. ***Psychosomatic Medicine***, 62, 633-8.

Backstrom, A., Pirtila-Backman, A.M. and Tuorila, H. (2004). Willingness to try new foods as predicted by social representation and attitude and trait scales. ***Appetite***, 43, 75-83.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. ***Clinical Psychology: Science and Practice***, 10(2), 125-43.

Baker, H. and Wardle, J. (2003). Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. ***Appetite***, 40, 269-75.

Banks, J. K. and Gannon, L.R. (1988). The influence of hardiness on the relationships between stressors and psychosomatic symptomatology. ***American Journal of Community Psychology***, 16, 25-37.

Bargh, J.A., McKenna, K.Y. and Fitzsimons, G.M. (2002). Can you see the real me? Activation and expression of the 'true self' on the Internet. ***Journal of Social Issues***, 58(1), 33-48.

Becker, M.H. (1986). The tyranny of health promotion. ***Public Health Reviews***, 14, 15-23.

Bekker, M.H., van de Meerendonk, C. and Molleras, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. ***International Journal of Eating Disorders***, 36, 461-9.

Bennett, M.P. and Lengacher, C. (2009). Humor and laughter may influence health IV. Humor and immune function. ***eCAM***, 6(2), 159-64.

Bennett, P. and Murphy, S. (1997). ***Psychology and Health Promotion***. Open University Press: Buckingham.

Benson, J. and Britten, N. (2002). Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: Qualitative study. ***British Medical Journal***, 325-77.

Berland, G.K., Elliott, M.N., Morales, L.S. et al. (2001). Health information on the internet: Accessibility, quality, and readability in English and Spanish. ***Journal of the American Medical Association***, 285(20), 2616-21.

Bernardi, L., Porta, C. and Sleight, P. (2006). Cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory changes induced by different types of music in musicians and non-musicians: The importance of silence. ***Heart***, 92, 445-52.

Bertholet, N., Cheng, D.M., Palfai, T.P. et al. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use? ***Addictive Behaviour***, 34, 636-40.

Biegel, G.M., Brown, K.W., Shapiro, S.L. and Schubert, C.M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trail. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 77(5), 855-66.

Birch, L.L. and Marlin, D.W. (1982). "I don't like it, I never tried it": Effects of exposure to food on two-year-old children's food preferences. ***Appetite***, 3, 353-60.

Blair, Y., MacPherson, L., McCall, D. and McMahon, A. (2006). Dental health of 5-year-olds following community-based oral health promotion in Glasgow, UK. ***International Journal of Pediatric Dentistry***, 16, 388-98.

Blaxter, M. (1995). ***Health and Lifestyles***. Routledge: London.

Blundell, J.E. and Gillett, A. (2001). Control of food intake in obese. ***Obesity Research***, 9(Suppl4), S263-70.

Booth-Butterfield, M., Anderson, R.H. and Booth-Butterfield, S. (2000). Adolescents' use of tobacco, health locus of control, and self-monitoring. ***Health Communication***, 12(2), 137-48.

Boudreau, F. and Godin, G. (2009). Understanding physical activity intentions among French Canadians with type 2 diabetes: An extension of Ajzen's theory of planned behaviour. ***International Journal of Behaviour Nutrition and Physical Activity***, 6, 35-45.

Brannon, J. and Feist, J. (1997). ***Health Psychology: An Introduction to Behaviour and Health***. Brooks/Cole: Pacific Grove, CA.

Brewer, H., Rodham, K., Mistral, W. and Stallard, P. (2006). Adolescent perception of risk and challenge. ***Journal of Adolescence***, 29,261-72.

British Broadcasting Corporation (BBC) (2006). Diet blog for Japanese ministers. http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/asia-pacific/6205894.stm, accessed 12December2006.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F. and Kendler, K.S. (1998). Heritability of binge eating and broadly defined bulimia nervosa. ***Biological Psychiatry***, 44, 1201-18.

Burgoyne, R.W. and Saunders, D.S. (2000). Perceived support in newly registered HIV/AIDS clinic outpatients. ***AIDS Care***, 12, 643-50.

Burke, V., Beilin, L.J., Cutt, H.E. et al. (2005). Effects of a lifestyle programme on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: A randomized controlled trial. ***Journal of Hypertension***, 23(6), 1241-9.

Burkhart, P.V. and Rayens, M.K. (2005). Self-concept and health locus of control: factors related to children's adherence to recommended asthma regimen. ***Pediatric Nursing***, 31(5), 404-9.

Byrne, D. (2001). ***Understanding the Urban***. Palgrave Macmillan: Basingstoke.

Caplan, P., Keane, A., Willets, A. and Williams, J. (1998). Concepts of healthy eating; Approaches from a social science perspective, pp.168-82. In A. Murcott (ed.) ***The Nation's Diet: The Social Science of Food Choice***. London: Longman.

Carter, J.C., McFarlance, T.L., Bewell, C. et al. (2009). Maintenance treatment for anorexia nervosa: A comparison of cognitive behaviour therapy and treatment as usual. ***International Journal of Eating Disorders***, 42,202-7.

Carver, C.S. and Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. ***Journal of Social and Personality Psychology***, 56,267-83.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D. et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 65,375-90.

Cavallo, D.A. and Pinto, A. (2001). Effects of mood induction on eating behavior and cigarette craving in dietary restrainers. ***Eating Behaviors***, 2,113-27.

Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J. and Alvarez, H. (2006). Music for pain relief. ***Cochrane Database Systematic Review***, CD004843.

Chamberlian, K. (2004). Food and health: Expanding the agenda for health psychology. ***Journal of Health Psychology***, 9(4), 467-81.

Chamove, A.S. (2007). Therapy toy for spider phobics. ***International Journal for Clinical and Health Psychology***, 7(2), 533-6.

Chandon, P. and Wansink, B. (2007). The biasing health halos of fast-food restaurant health claims: lower calorie estimates and higher side-dish consumption intentions. ***Journal of Consumer Research***, 34, 301-14.

Charles, N. and Walters, V. (2008). "Men are leavers alone and women are worriers": Gender differences in discourse of health. ***Health, Risk and Society***, 10(2), 117-32.

Chartrand, T.L. and Bargh, J.A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 76,893-910.

Christensen, L. (2001). The effect of food intake on mood. ***Clinical Nutrition***, 20(Suppl1),161-6.

Christensen, L. and Brooks, A. (2006). Channing food preference as a function of mood. ***Journal of Psychology***, 140(4), 293-306.

Christensen, L. and Pettijohn, L. (2001). Mood and carbohydrate craving. ***Appetite***, 36, 137-45.

Cohen, S., Tyrell, D.A. and Smith, A.P. (1993). Life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to common cold. ***Journal of Personality & Social Psychology***, 64, 131-40.

Connell, P., Wolfe, C. and McKevitt, K. (2007). Preventing stroke: A narrative review of community interventions for improving hypertension control in black adults. ***Health and Social Care in the Community***, 16(2), 165-87.

Conner, M. and Norman, P. (2005). ***Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*** (2nd edn). Open University Press: Maidenhead.

Conner, M. and Armitage, C. (1998). Extending the theory of planned behaviour: A review and avenues for further research. ***Journal of Applied Social Psychology***, 28, 1430-64.

Cooke, R. and French, D.P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. ***Psychology and Health***, 23(7), 745-65.

Corcoran, N. (ed) (2007). ***Communicating Health: Strategies for Health Promotion***. Sage: London.

Corica, J.A. and Spring, B.J. (2008). Carbohydrate craving: a double blind, placebo-controlled test of the self-medication hypothesis. ***Eating Behaviours***, 9, 447-54.

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. ***Social Science and Medicine***, 50, 1385-401.

Courtenay, W.H., McCreary, D.R. and Merighi, J.R. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviours. ***Journal of Health Psychology***, 7(3), 219-31.

Grawshaw, P., Bunton, R. and Gillen, K. (2003). Health Action Zones and the problem of community. ***Health and Social Care in the Community***, 11(1), 36-44.

Cullinan, P., Acquilla, S. and Ramana Dhara, V. (1997). Respiratory morbidity 10 years after the Union Carbide gas leak at Bhopal: A cross-sectional survey. ***British Medical Journal***, 314(7077), 338-42.

Curtis, A.J. (2000). ***Health Psychology***. Rutledge: London.

Darker, C.D., Larkin, M. and French, D.P. (2007a). An exploration of walking behaviour: An interpretative phenomenological approach. ***Social Science and Medicine***, 65, 2172-83.

Darker, C.D., French, D.P., Longdon, S. et al. (2007b). Are beliefs elicited biased by question order? A theory of planned behaviour belief elicitation study about walking in the UK general population. ***British Journal of Health Psychology***, 12(1), 93-110.

Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J. et al., (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. ***Psychosomatic Medicine***, 65, 564-70.

De Vrient, T., Moreno, L.A. and De Henauw, S. (2009). Chronic stress and obesity in adolescents: Scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. ***Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases***, 19, 511-19.

De Waal, F. (2001). ***The Ape and the Sushi Master: Cultural Reflections of a Primatologist***. Basic Books: New York.

De Wit, J. and Stroebe, W. (2005). Social cognition models of health behaviour, pp.52-83. In A. Kaptein and J.Weinman (eds) ***Health Psychology***. Blackwell: London.

De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, L.M. et al. (2002).Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. ***Obesity Research***, 10, 1143-51.

DeLongis, A., Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1988). Hassles, health and mood: Psychological and social resources as mediators. ***Journal of Personality***, 54(3), 486-495.

Dembrowski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T. and Grandits, G.A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trail. ***Psychosomatic Medicine***, 51, 514-22.

Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: The Type D scale 16 (DS16). ***Annals of Behavioral Medicine***, 20, 209-15.

Department of Health (2004). ***Health Survey for England 2003. The Risk Factors for Cardiovascular Disease***, vol. 2. TSO: London.

Diamond, J. (2003). The double puzzle of diabetes. ***Nature***, 423, 599-602.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S. et al. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and contemplation / action. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 59, 295-304.

Dijkstra, K., Charness, N., Yordon, R. and Fox, M. (2009). Changes in physiological stress and self-reported mood in younger and older adults after exposure to a stressful task. ***Ageing, Neuropsychology and Cognition***, 16,338-56.

Dolan, C.A. and Adler, A.B. (2006). Military hardiness as a buffer of psychological health on return from deployment. ***Military Medicine***, 171(2), 93-8.

Doucet, E., Imbeault, P., St Pierre, S. et al. (2000). Appetite after weight loss by energy restriction and a low-fat diet-exercise follow-up. ***International journal of Obesity and Related metabolic Disorders***, 24, 906-14.

Doumas, D.M., Margolin, G. and John, R.S. (2003). The relationship between daily marital interaction, work, and health promoting behaviours in dual-earner couples: An extension of the work-family spillover model. ***Journal of Family Issues***, 24, 3-20.

Drummond, M.J. (2002). Men, body image, and eating disorders. ***International Journal of Men's Health***, 1, 89-103.

Druss, R.G. and Douglas, C.J. (1988). Adaptive responses to illness and disability: Healthy denial. ***General Hospital Psychiatry***, 10, 163-8.

Edwards, I.R. and Hugman, B. (1997). The challenge of effectively communicating risk-benefit information. ***Drug Safety***, 17, 216-27.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F. et al. (1997). Family and individual therapy in AN: A 5-year follow-up. ***Archives of General Psychiatry***,54,1025-30.

Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. ***American Journal of Psychiatry***, 137,535-44.

Epstein, L. and Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. ***British Journal of General Practice***, 55,750-4.

European Commission (1999). ***A Pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health.*** DGV/F.3.EC: Luxembourg.

Ewles, L. and Simnet, I. (1995). ***Promoting Health: A Practical Guide*** (3rd edn). Scutari Press: London.

Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. ***Addictive Behaiour***,3, 235-41.

Fairburn, C.A. (1981). A cognitive behavioral approach to the treatment of bulimia. ***Psychological Medicine***, 11,707-11.

Fairburn, C.G. and Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. ***The Lancet***, 361, 407-16.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D. and Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual, pp.361-404. In C.G.Fairburn and G.T.Wilson (eds) ***Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment***. Guilford Press: New York.

Fairburn, C.G., Shafran, R. and Cooper, Z.A. (1999). A cognitive-behavioural therapy of anorexia nervosa. ***Behavioural Research and Therapy***, 37,1-13.

Farber, E.W., Schwartz, J.A., Schaper, P.E. et al. (2000). Resilience factors associated to adaption to HIV disease. ***Psychosomatics***, 41(2),140-6.

Farrant, W. (1991). Addressing the contradictions: health promotion and community health action in the United Kingdom. ***International Journal of Health Services***, 21(3), 423-39.

Fernstrom, J.D. and Wurtman, R.J. (1971). Brain serotonin content: Increase following ingestion of carbohydrate diet. ***Science***, 174, 1023-5.

Fisher, J.O. and Birch, L.L. (2002). Eating in the absence of hunger and being overweight in girls from 5 to7 years of age. ***American Journal of Clinical Nutrition***, 76, 226-31.

Flight, I., Leppard, P. and Cox, D.N. (2003). Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. ***Appetite,*** 41, 51-9.

Folkman, S. and Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. ***Annual Review of Psychology***, 55, 745-74.

Forshaw, M. (2002). ***Essential Health Psychology***. Arnold: London.

Fox, C.R. and Irwin, J.R. (19980. The role of context in the communication of uncertain beliefs. ***Basic and Applied Psychology***, 20(1), 57-70.

Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. ***Journal of the American Medical Association***, 169, 1286-96.

Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1974). ***Type A Behaviour and Your Heart***. New York: Knopf.

Garn, S.M., Bailey, S.M., Solomon, M.A. and Hopkins, P.J. (19981). Effects of remaining family members on fatness prediction. ***American Journal of Clinical Nutrition***, 34, 148-53.

Gascon, J.J., Sanchez-Ortuno, M., Lior, B. et al. (2004). Treatment compliance in hypertension study group: Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. ***Family Practitioner***, 21(2), 125-30.

Gatward, N. (2007). Anorexia nervosa: An evolutionary puzzle. ***European Eating Disorders Review***, 15, 1-12.

George, J.M., Scott, D.S., Turner, S.T. and Gregg, J.M. (1980). The effects of psychological factors and physical trauma on recovery from oral surgery. ***Journal of Behavioural Medicine***, 3, 291-310.

Gerrard, M., Gibbons, F.X. and Bushman, B.J. (1996). The relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behaviour. ***Psychological Bulletin***, 119, 390-409.

Gerritsen, A.A. and Deville, W.L. (2009). Gender differences in health and health care utilization in various ethnic groups in the Netherlands: A cross-sectional study. ***BMC Public Health***, 9,109, doi:10.1186/1471-2458-9-109.

Ghaemi, S.N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. ***British Journal of Psychiatry***, 195,3-4.

Gibson, L., Leavey, C., Viggiani, N. and Sands, R. (1995). Interviews: Professor Don Nut beam. ***Journal of Contemporary Health***, 2, 18-19.

Gidron, Y., McGrath, P.J. and Goodday, R. (1995). The physical and psychosocial predictors of adolescents' recovery from oral surgery. ***Journal of Behavioural Medicine***, 18, 385-99.

Gilroy, L.J., Kirkby, K.C. and Daniels, B.A. (2003). Long term follow up of computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure in the treatment of spider-phobia. ***Behavior Therapy***, 34, 65-76.

Gorin, S.S. and Heck, J.E. (2005). Cancer screening among Latino subgroups in the United States. ***Preventive Medicine***, 40, 515-26.

Gough, B. (2007). "Real men don't diet": An analysis of contemporary newspaper representations of men, food and health. ***Social Science and Medicine***, 64, 326-37.

Gowers, S.G. (2008). Management of eating disorders in children and adolescents. ***Archives of Diseases of Childhood***, 93, 331-4.

Gredig, D., Nideroest, S. and Parpan-Blaser, A. (2006). HIV-protection through condom use: Testing the theory of planned behaviour in a community sample of heterosexual men in a high-income country. ***Psychology and Health***, 21(5), 541-55.

Green, L.W. and Kreuter, M.W. (1999). ***Health Promotion Planning: An Educational Tool and Ecological Approach*** (3rd edn). Mayfield: Mountain View, CA.

Greenhalgh, T., Helman, C. and Chowdury, A.M. (1998). Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. ***British Medical Journal***, 316, 978-83.

Greenough, A., Cole, G., Lewis, J., et al. (1998). Untangling the effects of hunger, anxiety and nausea on energy intake during intravenous cholecystokinin octapeptide (CCK-8) infusion. ***Physiology and Behavior***, 65(2), 303-10.

Griva, K., Myers, L.B. and Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. ***Psychology and Health***, 15, 733-50.

Gropel, P. and Kuhl, J. (2009). Work-life balance and subjective well-being: the mediating role of need fulfillment. ***British Journal of Psychology***, 100, 365-75.

Guisinger, S. (2003). Adapted to flee famine: Adding an evolutionary perspective on Anorexia Nervosa. ***Psychological Review***, 110(4), 745-61.

Gurung, R.A. (2006). ***Health Psychology: A Cultural Approach***. Thomson Wadsworth: Belmont, CA.

Habra, M.F., Linden, W., Anderson, J.C. and Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and

neuroendocrine reactivity to acute distress. ***Journal of Psychosomatic Research***, 55, 235-45.

Halpern, D.F., Blackman, S. and Salzman, B. (1989). Using statistical information to assess oral contraceptive safety. ***Applied Cognitive Psychology***, 3, 251-60.

Han, M.k., Postma, D., Mannino, D.M. et al. (2007). Gender and chronic obstructive pulmonary disease: Why it matters. ***American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine***, 176(12), 1179-84.

Harris, S.M. (2004). The effect of health value and ethnicity on the relationship between hardiness and health behaviours. ***Journal of Personality***, 72, 379-411.

Hart, K.E. and Chiovari, P. (1998). Inhibition of eating behaviour: Negative cognitive effects of dieting. ***Journal of Clinical Psychology***, 54, 427-30.

Harvey-Berino, J., Pintauro, S.J. and Gold, E.C. (2002). The feasibility of using Internet support for the maintenance of weight loss. ***Behaviour Modification***, 26(1), 103-16.

Hawton, K., Rodham, K. and Evans, E. (2006). ***By their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents***. Jessica Kingsley: London.

Health Education Authority (1997). ***Health Update: Workplace Health***. HEA: London.

Health Promotion Agency (1998). ***Campaigning for Health***. Health Promotion Agency: Northern Ireland.

Hempel, S. (2006). ***The Medical Detective: John Snow, Cholera and the Mystery of the Broad Street Pump***. Granta: London.

Herman, C.P. and Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating, pp. 141-56. In A.J. Stunkard and E. Stellar (eds) ***Eating and its Disorders***. Raven Press: New York.

Herman, P. and Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. ***Journal of Personality***, 43, 646-60.

Hermans, R.C., Engels, R.C., Larsen, J.K. and Herman, P.K. (2009). Modeling of palatable food intake. The influence of quality of social interaction. ***Appetite***, 52, 801-4.

Hill, A.J., Weaver, C.F. and Blundell, J.E. (1991). Food craving, dieting restraint and mood. ***Appetite***, 17, 187-97.

Hill, F.J. (2003). Complementary and alternative medicine: the next generation of the health promotion? ***Health Promotion International***, 18(3), 265-72.

Hill, J.O. and Peters, J.C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. ***Science***, 280, 1371-4.

Hjelm, K.G., Bard, K., Nyberg, P. and Apelqvist, J. (2005). Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. ***Issues and Innovations in Nursing Practice***, 50(1), 47-59.

Hoffner, C. and Ye, J. (2009). Young adults' responses to news about sunscreen and skin cancer: The role of framing and social comparison. ***Health Communication***, 24, 189-98.

Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. ***Journal of Psychosomatic Research***, 11,213-18.

Holmgren, K., Dahlin-Ivanoff, S., Bjorkelund, C. and Hensing, G. (2009). The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. ***BMC Public Health***, 9(73), doi: 10.1186/1471-2458-9-73.

Holzwarth, H., Huber, D., Majkrzak, A. and Tareen, B. (2002). Outcome of gastric bypass patients. ***Obesity Surgery***, 12(2), 262-4.

Horne, R., James, D., Petrie, K. et al. (2000). Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. ***Heart***, 83(4), 388-93.

Hsu, L.K., Chesler, B.E. and Santhouse, R. (1990). Bulimia nervosa in eleven sets of twins: a clinical report. ***International Journal of Eating Disorders***, 9, 275-82.

Hursti, U.K. and Sjoden, P. (1997). Food and general neophobia and their relationship with self-reported food choice: Familial resemblance in Swedish families with children of ages 7-17 years. ***Appetite***, 29, 89-103.

Ingham, R. (1993). Old bodies in older clothes. ***Health Psychology Update***, 14, 31-6.

Ingledew, D.K., Hardy, L., Cooper, C.L. and Jemal, H. (1996). Health behaviours reported as coping strategies. ***British Journal of Health Psychology***, 1, 263-81.

Jeffrey, R.W., Baxter, J., McGuire, M. and Linde, J. (2006). Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity?

International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 3,2.

Jeffrey, R.W., Drewnosku, A., Epstein, L.H. et al. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. ***Health Psychology***, 19(1suppl), 5-16.

Jeffrey, R.W., Forster, J.L., Schmid, T. et al. (1990). Community attitudes towards public policies to control alcohol, tobacco and high fat food consumption. ***American Journal of Preventive Medicine***, 6, 12-19.

Jerome, J.K. (1889, reprinted 1994). ***Three Men in a Boat***. Penguin Books: London.

Jones, R.M. (1985). Smoking before surgery: The case for stopping. ***British Medical Journal***, 290(6484), 1763-4.

Jull, G. and Sterling, M. (2009). Bring back the biopsychosocial model for neck pain disorders. ***Manual Therapy***, 14,117-18.

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaeffer, C. and Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. ***Journal of Behavioral Medicine***, 4, 1-39.

Kaptchulk, T.J. (2000). ***The Web that has no Weaver: Understanding Chinese Medicine***. Contemporary Books: Chicago.

Kaptein, A. and Weinman, J. (2004). ***Health Psychology***. BPS Blackwell: Oxford.

Kaye, W.H., Nagate, T., Weltzin, T.E. et al. (2001). Double-blind, Placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type AN. ***Biological Psychiatry***, 49, 644-52.

Ker, J.H. and Kuk, G. (2001). The effects of low and high intensity exercise on emotions, stress and effort. ***Psychology of Sport and Exercise***, 2,173-86.

Kiecolt-Glaser, J.K., Bane, C., Glaser, R. and Malarkey, W.B. (2003). Love, marriage and divorce: Newlyweds' stress hormones foreshadow relationship changes. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 71, 176-88.

Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., Malarkey, W.B. et al. (1995). Slowing wound healing by psychosocial stress. ***Lancet***, 4, 1194-6.

King, G., Willoughby, C., Specht, J.A. and Brown, E. (2006). Social support processes and the adaptation off individuals with chronic disabilities. ***Qualitative Health Research***, 16(7), 902-25.

Kingston, K., Szmukler, G., Andrewes, D. et al. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. ***Psychological Medicine***, 26(1), 15-28.

Kipling, M.D. and Waldron, H.A. (1975). Percivall Pott and cancer scroti. ***British Journal of Industrial Medicine***, 32, 244-50.

Kissane, D.W., Boloch, S., Smith, G.C. et al. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast-cancer: A randomized controlled trial. ***Psychooncology***, 12, 532-46.

Klump, K.L., Miller, K.B., Keel, P.K. et al. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndrome in a population-based twin sample. ***Psychological Medicine***, 31, 737-40.

Kobasa, S.C., Maddi, S. and Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 42, 168-77.

Kohn, P.M., Hay, B.D. and Legere, J.L. (1994). Hassles, coping styles and negative well-being. ***Personality and Individual Differences***, 17, 169-79.

Kopelman, P.G. and Grace, C. (2004). New thoughts on managing obesity. ***Gut***, 53,1044-53.

Kortegaard, L.S., Hoerder, K., Joergensen, J. et al. (2001). A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder. ***Psychological Medicine***, 31, 361-5.

Kramer, M.S., Seguin, L., Lydon, J. and Goulet, L. (2000). Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so badly? ***Paediatric and Perinatal Epidemiology***, 14(3), 194-210.

Krebs, J.R. (2009). The gourmet ape: Evolution and human food preferences. ***American Journal of Clinical Nutrition***, 90(Suppl), S707-11.

Kreuter, M.W. and Wray, R.J. (2003). Tailored and targeted health communication: Strategies for enhancing information relevance. ***American Journal of Health Behaviour***, 27(Suppl3), S227-32.

Kumanyika, S., Jeffrey, R.W., Morabia, A. et al. (2002). Obesity prevention: The case for action. ***International Journal of Obesity***, 26, 425-36.

Larson, R. (1995). Secrets in the bedroom: Adolescents private use of media. ***Journal of Youth and Adolescence***, 24, 535-50.

Lau, J.T., Ho, S.P., Yang, X. et al. (2007). Prevalence of HIV and factors associated with risk behaviours among Chinese female sex workers in Hong Kong. ***AIDS Care***, 19(6), 721-32.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). ***Stress, Appraisal and Coping***. Springer: New York.

Lazarus, R.S. and Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment, pp.287-327. In L.A. Pervin and M. Lewis (eds) ***Perspectives in International Psychology***. Plenum: New York.

Lean, M.E., Han, T.S. and Morrison, C.E. (1995). Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. ***British Medical Journal***, 311, 158-61.

Lenard, N.R. and Berthoud, H.R. (2008). Central and peripheral regulation of food intake and physical activity: Pathways and genes. ***Obesity***, 16(3), S11-22.

Lepore, S.J. and Greenberg, M.A. (2002). Mending broken hearts: Effects of expressive writing on mood, cognitive processing, social adjustment and health following a relationship breakup, ***Psychology and Health***, 17, 547-60.

Lepore, S.J. and Greenberg, M.A., Bruno, M. and Smyth, J.M. (2002). Expressive writing and health: Self-regulation of emotion-related experience, physiology, and behaviour, pp. 199-232. In S.J. Lepore and J. Smith (eds) ***The Writing Cure: How Expressive Writing Influences Health and Well-being***. American Psychological Association: Washington DC.

Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The commonsense representation of illness changes, pp.7-30. In S. Rachman

(ed.) ***Contributions to Medical Psychology.*** Pergamon: Oxford.

Levine, M.P. and Smolak, L. (2006). ***The Prevention of Eating Problems and Eating Disorders***. Lawrence Erlbaum: Mahwah, NJ.

Levy, S.M. and Heiden, L.A. (1990). Personality and social factors in cancer outcome, pp.254-279. In H.S. Friedman (ed.) ***Personality and Disease***. John Wiley and Sons: New York.

Lichtenthal, W.G., Gruess, D.G., Schuchter, L.M. and Ming, M.E. (2003). Psychosocial factors related to the correspondence of recipient and provider perceptions of social support amongst patients diagnosed with, or at risk for malignant melanoma. ***Journal of Health Psychology***, 8(6), 705-19.

Lidwall, U. and Marklund, S. (2006). What is healthy work for women and men? A case control study of gender and sector-specific effects of psychosocial working conditions on long-term sickness absence. ***Work***, 27(2), 153-63.

Lindeman, M. and Stark, K. (2001). Emotional eating and eating disorder psychopathology. ***Eating Disorders***, 9, 521-9.

Loader, B.D., Muncer, S., Burrows, R. et al. (2002). Medicine on the line? Computer-mediated social support and advice for people with diabetes. ***International Journal of Social Welfare***, 11(1), 53-65.

Lohaus, A., Klein-Hebling, J., Vogele, C. and Kuhn-Hennighausen, C. (2001). Psychophysiological effects of relaxation training in children. ***Psychology and Health***, 6, 197-206.

Louis, W.R., Chan, M.K. and Greenbaum, S. (2009). Stress and the theory of planned behavior: Understanding healthy and unhealthy eating intentions. ***Journal of Applied Social Psychology***, 39(2), 472-93.

Lowe, C.F., Dowey, A. and Horne, P. (1998). Changing what children eat, pp.57-80. In A. Murcott (ed.) ***The Nation's Diet: The Social Science of Food Choice***. Addison Wiley Longman: Harlow.

Luebbert, K., Dahme, B. and Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute

non-surgical cancer treatment: A meta-analytical review. ***Psychooncology***, 10, 490-502.

Lyman, B. (1989). ***A Psychology of Food: More than a Matter of Taste.*** Van Nostrand Reinhold: New York.

McCarthy, S.C., Lyons, A.C., Weinman, J. et al. (2003). Do expectations influence recovery from oral surgery? An illness representation approach. ***Psychology and Health***, 18(1), 109-26.

McCormick, R. A., Dowd, E.T., Quirk, S. and Zegarra, J.H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use and triggers for use amongst substance abusers. ***Addictive Behaviors***, 23, 497-507.

McCrae, R.R. and Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 52, 81-90.

McCrory, M.A., Fuss, P.J., Hays, N.P. et al. (1999). Overeating in America: Association between restaurant food consumption and body fatness in healthy adult men and women ages 19-80. ***Obesity Research***, 7, 564-71.

McEwen, A., Straus, L. and Croker, H. (2009). Dietary beliefs and behaviour of a UK Somali population. ***Journal of Human Nutrition and Dietetics***, 22, 116-21.

McGuire, K.M., Greenberg, M.A. and Gevirtz, R. (2005). Autonomic effects of expressive writing in individuals with elevated blood pressure. ***Journal of Health Psychology***, 10, 197-207.

Macintyre, S., Hunt, K. and Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? ***Social Science and Medicine***, 42(4), 617-24.

Macintyre, S., Reilly, J., Miller, D. and Eldridge, J. (1998). Food choice, food scares and health: The role of the media, pp.228-49. In A. Murcott (ed.) ***The Nation's Diet: The Social Science of Food Choice***. Addison Wiley Longman: Harlow.

Mackay, C., Cox, T., Burrows, G. and Lazzerini, T. (1978). An inventory for the measurement of self-reported stress and arousal. ***British Journal of Social and Clinical Psychology***, 17(3), 283-4.

McLenahan, C., Shevlin, M., Adamson, G. et al. (2007). Testicular self-examination: A test of the health belief model and the theory of planned behaviour. ***Health Education Research***, 22(2), 272-84.

Malkin, A.R., Wornian, K. and Chrisler, J.C. (1999). Women and weight: Gendered messages on magazine covers. ***Sex Roles***, 40, 647-55.

Mankar, M., Joshi, R.S., Belsare, P.V. et al. (2008). Obesity as a perceived social signal. ***Plosone***, 3(9), e3187doi:10.1371/ journal.pone.003187.

Mansoor, L.E. and Dowse, R. (2006). Medicines information and adherence in HIV / AIDS patients. ***Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutic***, 31(1), 7-15.

Manzoni, G.M., Pagnini, F., Gorini, A. et al. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. ***Journal of the American Dietetic Association***, 109, 1427-32.

Marks, D.F., Murrary, M., Evans, B. et al. (2005). ***Health Psychology: Theory, Research and Practice***. Sage: London.

Marteau, T.M., Kinmouth, A.L., Pyke, S. and Thompson, S.G. (1995). Readiness for lifestyle advice: Self-assessments of coronary risk prior to screening in the British Family Heart study. ***British Journal of General Practice***, 45, 5-8.

Martin, R. and Dobbin, J. (1988). Sense of humor, hassles and immunoglobulin A: Evidence for a stress-moderating effect of humor. ***International Journal of Psychiatric Medicine***, 18, 93-105.

Mellin, G.W. and Katzenstein, M. (1962). The saga of thalidomide: Neuropathy to embryopathy, with case reports of congenital abnormalities. ***New England Journal of Medicine***, 267, 1238-44.

Michie, S. and Abraham, C. (2008). Advancing the science of behaviour change: A plea for scientific reporting. ***Addition***, 103, 1409-10.

Mielewczyk, F. and Willig, C. (2007). Old clothes and an older look: The case for a radical makeover in health behaviour research. ***Theory and Psychology***, 17(6), 811-37.

Milio, N. (1986). Promoting health promotion: Health or hype? ***Community Health Studies***, winter, 490-6.

Miller, J.J., Fletcher, K. and Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness medication-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. ***General Hospital Anxiety***, 17, 192-200.

Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W. et al. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. ***Psychological Bulletin***, 119, 32-48.

Milliken, M.E. (1998). ***Understanding Human Behaviour: A Guide for Health Care Providers*** (6th edn). Delmar Learning; Clifton Park, NY.

Miranda, D. and Claes, M. (2009). Music listening, coping, peer affiliation and depression in adolescence. ***Psychology of Music***, 37(2), 215-33.

Miro, J., Raichle, K.A., Carter, G.T. et al. (2009). Impact of biopsychosocial factors on chronic pain in persons with myotonic and facioscapulohumeral musculardystrophy. ***Rehabilitation Medicine and Palliative Care***, 26(4), 308-19.

Mitchell, J.E., Pomeroy, C. and Adson, D.E. (1997). Managing medical complications, pp.383-93. In D.M. Garner and P.E. Garfinkel (eds) ***Handbook of Treatment for Eating Disorders*** (2 nd edn). Guilford Press: London.

Mittman, R. and Cain, M. (1999). ***The Future of the Internet in Health Care: Five-Year Forecast***. Retrieved September 11, 2007, from http://www.chcf.org/documents/healthit/forecast. pdf.

Montoro, J., Mullol, J., Jauregui, I. et al. (2009). Stress and allergy. ***Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology***, 19(Suppl1), 40-7.

Moodie, D.S. and Salcedo, D. (1983). Cardiac function in adolescents and young adults with anorexia nervosa. ***Journal of Adolescent Health***, 4(1), 9-14.

Moore, H., Summerbell, C.D., Greenwood, D.C. et al. (2003). Improving management of obesity in primary care: cluster randomized trial. ***British Medical Journal***, 327, 1085-8.

Morgen, C.S, Bjork, C., Andersen, P.K. et al. (2008). Socioeconomic position and the risk of pre-term birth: A study within the Danish national birth cohort. ***International Journal of Epidemiology***, 37(5), 1109-20.

Morrison, V. and Bennett, P. (2009). ***An Introduction to Health Psychology*** (2nd edn). Pearson Prentice Hall: London.

Moss-Morris, R., Petrie, K.J. and Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? ***British Journal of Health psychology***, 1, 15-25.

Munch-Hansen, T., Wieclaw, J., Agerbo, E. et al. (2009). Sickness absence and workplace levels of satisfaction with psychosocial work conditions at public service workplaces. ***American Journal of Industrial Medicine***, 52, 153-61.

Munz, P., Hudea, I., Imad, J. and Smith, R.L. (2009). When Zombies attack!: Mathematical modeling of an outbreak of zombie infection, pp.133-50. In J.M. Tchuenche and C. Chiyaka (eds) ***Infectious Disease Modeling Research Progress***. Nova Science: Hauppauge, NY.

Mussell, M.P., Crosby, R.D., Crow, S.J. et al. (2000). Utilization of empirically supported psychotherapy treatments for individuals with eating disorders: A survey of psychologists. ***International Journal of Eating Disorders***, 27, 230-7.

Naidoo, J. and Wills, J. (2003). ***Health Promotion: Foundations for Practice*** (2nd edn). Balliere Tindall/Royal College of Nursing: London.

National Eating Disorders Association (2002). Eating disorders and their precursors, http://www.nationaleatingdisorders.org /nedaDir/files/documents/handouts/stas.pdf, accessed 7 November 2009.

Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S.S. et al. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation and support in college students' well-being. ***Motivation and Emotion***, 33, 88-97.

Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. ***Self and Identity***, 2, 85-101.

Newman, S. (1984). Anxiety, hospitalization and surgery, pp.132-53. In R. Fitzpatric, J. Hinton, S. Newman et al. (eds) ***The Experience of Illness***. Tavistock: London.

Newman, S., Steed, L. and Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. ***The Lancet***, 364-37.

Newton, J.R., Ereeman, C.P., Hannan, W.J. and Cowen, S. (1993). Osteoporosis and normal weight bulimia nervosa: Which patients are at risk? ***Journal of Psychosomatic Research***, 37(3), 239-47.

NHS (2009). Type2 diabetes. http://www.nhs.uk/planners/nhshealthcheck/pages/diabetes.aspx, accessed 3 September 2009.

Nieto, J., Abad, M.A., Esteban, M. and Tejerina, M. (2004). Estres y enfermedad. Psiconeuroinmunologia. Cap 8. En: Psicologia para ciencias de la salud. Estudio del compartamiento humano ante la enfermeded. McGraw-Hill: Madrid.

Nilsson, U. (2008). The anxiety – and pain – reducing effects of music interventions: A systematic review. ***AORN (Association of periOperative Registered Nurses) Journal***, 87, 780-807.

Nilsson, U. (2009). The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trail. ***Heart and Lung***, 38(3), 201-7.

Nilsson, U., Unosson, M. and Ramal, N. (2005). Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music postoperatively: A randomized controlled trail. ***European Journal of Anaesthiology***, 22, 96-102.

Nisbett, R.E. (1972). Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. ***Psychological Review***, 79, 433-53.

Noar, S.M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? ***Journal of Health Communication***, 11(1), 21-42.

Norman, P. and Brain, K. (2005). An application of the extended health belief model to the prediction of breast self-examination

among women with a family history of breast cancer. ***British Journal of Health Psychology***, 10, 1-16.

Nutrition Forum, UK (2003). ***National Diet and Nutrition Survey of Adults***, Paper NF05/03. Food Standards Agency, London.

Offer, A. (2001). Body, weight and self-control in the United States and Britain since the 1950s. ***Social History of Medicine***, 14, 79-106.

Ogden, J. (1992). ***Fat Chance: The Myth of Dieting Explained***. Routledge: London.

Ogden, J. (2007). ***Health Psychology: A Textbook*** (4th edn). Open University Press/McGraw-Hill: Maidenhead.

Ogden, J. and Flanagan, Z. (2008). Beliefs about the causes and solutions to obesity: A comparison of GPs and lay people. ***Patient Education and Counseling***, 71, 72-8.

Ogden, J. and Hills, L. (2008). Understanding sustained behaviour change: the role of life crises and the process of reinvention. ***Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health***, 12(4), 419-37.

Ogden, J. and Jubb, A. (2008). How consistent are beliefs about cause and solutions to illness: An experimental study. ***Psychology Health and Medicine***, 13(5), 505-15.

Ogden, J. and Mitandabiri, T. (1997). Examination stress and changes in mood and health-related behaviours. ***Psychology and Health***, 12, 288-99.

Ogden, J., Clementi, C. and Aylwin, S. (2006). The impact of obesity surgery and the paradox of control: A qualitative study. ***Psychology and Health***, 21(2), 273-93.

Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. and Patel, A. (2005). Exploring the impact of obesity surgery on patients' health status: A quantitative and qualitative study. ***Obesity Surgery***, 15, 266-72.

Ogden, J., Branson, R., Bryett, A. et al. (2003). What's in a name? Patient views of the impact and function of a diagnosis. ***Family Practitioner***, 20, 248-53.

O'Hegarty, M., Pederson, L.L., Nelson, D.F. et al. (2006). Reactions of young adult smokers to warning labels on cigarette packages. ***American Journal of Preventive Medicine***, 30(6), 467-73.

Olabi, A., Najm, N.E., Baghdadi, O.K and Morton, J.M. (2009). Food neophobia levels of Lebanese and American college students. ***Food Quality and Preference***, 20, 353-62.

Ozolins, A.R. and Sternstrom, U. (2003). Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. ***Adolescence***, 38, 651-7.

Parducci, A. (1968). Contraceptive risk evaluation: The relativism of absolute judgments. ***Scientific American***, 219(6), 84-90.

Peberdy, A. (1997). Evaluation design, Ch. 17. In J. Katz and A. Peberdy (eds) ***Promotion Health: Knowledge and Practice***. Macmillan / Open University Press: Basingstoke.

Pengilly, J.W. and Dowd, E. (2000). Hardiness and social support as moderators of stress. ***Journal of Clinical Psychology***, 56, 813-20.

Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: health linguistic and therapeutic implications. ***Behavioral Research Therapy***, 31, 539-48.

Pennebaker, J.W. and Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. ***Journal of Clinical Psychology***, 1243-54.

Pennebaker, J.W. and Skelton, J.A. (1978). Psychological parameters of physical symptoms. ***Personality and Social Psychology Bulletin***, 4(4), 524-30.

Pennebaker, J.W., Zech, E. and Rime, B. (2001). Disclosing and sharing emotion: psychological, social and health consequences, pp. 517-43. In M.S. Stroebe and H. Schut (eds) ***Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care***. American psychological Association: Washington DC.

Perry, M. (2002). ***Eating Disorders for the Primary Care Team***. Quay: Dinton.

Petrie, K.J., Booth, R.J., Pennebaker, J.W. et al. (1995). Disclosure of trauma and immune response to hepatitis B vaccination program. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 63, 787-92.

Petrie, K.J., Cameron, L., Ellis, C.J. et al. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early

intervention randomized controlled trail. ***Psychosomatic Medicine***, 64, 580-6.

Pinel, J.P. (2003). ***Biopsychosociology*** (5th edn). Allyn & Bacon: Boston.

Pinel, J.P., Assanand, S. and Lehman, D.R. (2000). Hunger, eating and ill-health. ***American Psychology***, 55, 1105-16.

Pliner, P. and Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. ***Appetite***, 19, 105-20.

Pliner, P., Pelchat, M. and Grabski, M. (1993). Reduction of neophobia in humans by exposure to novel foods. ***Appetite***, 20, 111-23.

Pollard, T.M., Steptoe, A., Canaan, L. et al. (1995). Effects of academic examination stress on eating behaviour and blood lipid levels. ***International Journal Behavioural Medicine***, 2, 299-320.

Porcelli, A.J. and Delgado, M.R. (2009). Acute stress modulates risk taking in financial decision-making. ***Psychological Science***, 20(3), 278-83.

Prentice, A.M. (2005). Early influences on human energy regulation: Thrifty genotypes and thrifty phenotypes. ***Physiology and Behaviour***, 86, 640-5.

Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 51, 390-5.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. and Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. ***American Psychologist***, 47, 1102-14.

Provencher, V., Polivy, J. and Herman, C.P. (2009). Perceived healthiness of food. If it is healthy, you can eat more!. ***Appetite***, 52, 340-4.

Randolf, W. and Viswanath, K. (2004). Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. ***Annual Review of Public Health***, 25(1), 419-37.

Raudenbush, B. and Frank, R.A. (1999). Assessing food neophobia: The role of stimulus familiarity. ***Appetite***, 32, 261-71.

Ravussin, E. and Bogardus, C. (1989). Relationship of genetics, age and physical activity to daily energy expenditure and fuel utilization. ***American Journal of Clinical Nutrition***, 49, 968-75.

Reime, B., Ratner, P.A., Tomaselli-Reime, S.N. et al. (2006). The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. Social Science and low birth weight in Germany. ***Social Science and Medicine***, 62, 1731-4.

Reiter, P.L., Brewer, N.T., Gottleib, S.L. et al., (2009). Patients' health beliefs and HPV vaccination of their adolescent daughters. ***Social Science and Medicine***, 69, 475-80.

Remick, A.K., Polivy, J. and Pliner, P. (2009). Internal and external moderators of the effects of variety on food intake. ***Psychological Bulletin***, 135(3), 434-51.

Renz, A.N. and Newton, J.T. (2009). Changing the behaviour of patients with peritonitis. ***Peridontology***, 51, 252-68.

Rigotti, N., Neer, R., Skates, S. et al. (1991). The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa. ***Journal of the American Medical Association***, 265(9), 1138.

Rise, J., Kovac, V., Kraft, P. and Moan, I.S. (2008). Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. ***British Journal of Health Psychology***, 13, 291-310.

Risi, L., Bindman, J.P., Campbell, O.M. et al. (2004). Media interventions to increase cervical screening uptake in South Africa: An evaluation of effectiveness. ***Health Education Research***, 19(4), 457-68.

Ritchley, P.N., Frank, R.A., Hursti, U.K. and Tuorilla, H. (2003). Validation and cross-national comparison of the food neophobia scale (FNS) using confirmatory factor analysis. ***Appetite***, 40, 163-73.

Rodham, K., McCabe, C. and Blake, D. (2009). Seeking support: An interpretative phenomenological analysis of an internet message board for people with complex regional pain syndrome. ***Psychology and Health***, 24(6), 619-34.

Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. and Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a

history of bulimia nervosa and comparison. ***International Journal of Eating Disorders***, 28(2), 202-8.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement. ***Psychological Monographs***, 80, 1-28.

Rozin, P., Fischler, C., Imada, S. et al. (1999). Attitudes to food and the role of food in the life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: Possible implications for the diet-health debate. ***Appetite***, 33, 163-80.

Rugulies, R., Aust, R. and Syme, S.L. (2004). Epidemiology of health and illness: a socio-psycho-physiological perspective, pp. 27-68. In S. Sutton, A. Baum and M. Johnston (eds) ***The Sage Handbook of Health Psychology***. Sage: London.

Ruiter, R.A., Abraham, C.A. and Kok, G. (2001). Scary warnings and rational precautions: a review of the psychology of fear appeals. ***Psychology and Health***, 16, 613-30.

Russell, G.F., Szmukler, G.I., Dare, C. and Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. ***Archives of General Psychiatry***, 44, 1047-56.

Ruston, A., Clayton, J. and Calnan, M. (1998). Patients' action during their cardiac event: qualitative study exploring differences and modifiable factors. ***British Medical Journal***, 316, 1060-5.

Rutters, F., Nieuwenhuizen, A.G., Lemmens, S.G. et al. (2009). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. ***Obesity***, 17(1), 72-7.

Ryechetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. and Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. ***Journal of Epidemiology and Community Health***, 56, 119-27.

Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Seifert, K. et al. (2009). Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after in-patient treatment: A prospective study. ***European Child and Adolescent Psychiatry***, 18, 701-4.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress. A unifying theory. ***Clinical Psychology Review***, 21, 33-61.

Sapolsky, R. (1998). ***Why Zebras Don't Get Ulcers: An Updated Guide to Stress, Stress-related Diseases, and Coping***. W.H. Freeman: New York.

Saunders, V., Attard, G., Gremona, M. and Gatt, R. (2009). A new proposal for reducing the risk of developing acute mountain sickness, http://www.basecamp.co.uk/weblog/en/?weblog_ id=897, accessed 3 September 2009.

Sayegh, R., Schiff, I., Wurtman, J. et al. (1995). The effect of a carbohydrate-rich beverage on mood, appetite and cognitive function in women with premenstrual syndrome. ***Obstetrics and Gynecology***. 86, 522-8.

Scala, D., d'Avino, M., Cozzolino, S. et al. (2008). Promotion of behaviour change in people with hypertension: An intervention study. ***Pharmacy World and Science***, 30, 834-9.

Schluter, G. and Lee, C. (1999). Changing good consumption patterns: Their effects on the US food system. ***Food Review***, 22, 35-37.

Schofield, I., Kerr, S. and Tolson, D. (2007). An exploration of the smoking-related health beliefs of older people with chronic obstructive pulmonary disease. ***Journal of Clinical Nursing***, 16, 1726-35.

Schuler, J., Job, V., Frohlich, S.M. and Brandstatter, V. (2009). Dealing with a 'hidden stressor": emotional disclosure as a coping strategy to overcome the negative effects of motive incongruence on health. ***Stress and Health***, 25, 221-33.

Schwartz, K.D. and Fouts, G.T. (2003). Music preferences, personality style, and developmental issues of adolescents. ***Journal of Youth and Adolescence***, 32, 205-13.

Seale, H., Leask, J., Po, K. and MacIntyre, C.R. (2009). "Will they just pack up and leave?: Attitudes and intended behaviour of hospital health care workers during an influenza pandemic. ***BMC Health Services Research***, 9, 30.

Selye, H. (1956). ***The Stress of Life***. McGraw-Hill: New York.

Semmer, N.K. (2006). Personality, stress and coping, pp.73-113. In M.E. Vollarth (ed.) ***Handbook of Personality and Health***. John Wiley and Sons: London.

Shaffer, J.W., Graves, P.L., Swank, R.T. and Pearson, T.A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. ***Journal of Behavioural Medicine***, 10, 441-7.

Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. and Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. ***Journal of Clinical Psychology***, 62, 373-86.

Sharifirad, G., Enterzari, M.H., Kamran, A. and Azaddbakht, L. (2009). The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. ***Journal of Research in Medical Sciences***, 14(1), 1-6.

Sharma, D. (2005). Bhopal: 20 years on. ***The Lancet***, 365(9454), 111-12.

Sheeran, P. (2002). Intention-behaviour relations: a conceptual and empirical review, pp.1-30. In W. Strobe and M. Hewstine (eds) ***European Review of Social Psychology***, vol. 12. Wiley: Chichester.

Sheeran, P. and Abraham, C. (1996). The health belief model, pp.23-61. In M. Connor and P. Norman (eds) ***Predicting Health Behaviour***. Open University Press: Buckingham.

Sherman, D.K., Mann, T. and Updegraff, J.A. (2006). Approach / avoidance motivation, message framing and health behaviour: Understanding the congruency effect. ***Motivation and Emotion***, 30(2), 165-9.

Sherman, P.W. and Billing, J. (1999). Darwinian gastronomy: Why we use spices. ***Biosciences***, 49, 453-63.

Sherman, P.W. and Hash, G.A. (2001). Why vegetable recipes are not very spicy. ***Evolution and Human Behaviour***, 22, 147-63.

Shisslak, C.M., Mckeon, R.T. and Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimia and bulimic anorexia families. ***Journal of Clinical Psychology***, 46(2), 185-9.

Shoebridge, P.J. and Gowers, S.G. (2000). Parental high concern and adolescent anorexia nervosa. ***British Journal of Psychiatry***, 176, 132-7.

Siegel, P.Z., Brackbill, R.M. and Heath, G.W. (1995). The epidemiology of waking for exercise: Implications for promoting

activity among sedentary groups. ***American Journal of Public Health***, 85(5, 706-10.

Simpson, E.E., McConville, C., Rae, G. et al. (2009). Salivary cortisol, stress and mood in healthy older adults: The Zenith Study. ***Biological Psychology***, 78, 1-9.

Siru, R., Hulse, G.K. and Tait, R.J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness. a review. ***Addiction***, 104, 719-33.

Sloan, D.M. and Marx, B.P. (2004). Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written disclosure paradigm. ***Clinical Psychology: Science and practice***, 11, 121-37.

Smith, B., Ferguson, C., McKenzie, J. et al. (2002). Impacts of repeated mass media campaigns to promote sun protection in Australia. ***Health Promotion International***, 17, 51-60.

Smith, L.A. and Foxcroft, D.R. (2009). The effect of alcohol advertising marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. ***BMC Public Health***, 9:51.doi:10.1186/1471-2458-9-51.

Sniehotta, F. (2009). An experimental test of the theory of planned behaviour. ***Applied Psychology: Health and Well-being***, 1(2), 257-70.

Sniehotta, F., Scholz, U. and Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: Planning self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. ***Psychology and Health***, 20(2), 143-60.

Soban, C. (2006). What about the boys? Addressing issues of masculinity within male anorexia nervosa in a feminist therapeutic environment. ***International Journal of Men's Health***, 5(3), 251-67.

Soderstrom, M., Dollbier, C., Leiferman, J. and Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. ***Journal of Behavioral Medicine***, 23, 311-28.

Solomon, M. (2001). Eating as both coping and stressor in overweight control. ***Journal of Advanced Nursing***, 36, 563-73.

Spalding, K.L., Arner, E., Westermark, P.O. et al. (2008). Dynamics of fat cell turnover in humans. ***Nature***, 453, 783-7.

Sriramachari, S. (2004). The Bhopal gas tragedy: An environmental disaster. ***Current Science***, 86(7), 905-920.

Sriramachari, S. (2005). Bhopal gas tragedy: Scientific challenges and lessons for the future. ***Journal of Loss Prevention in the Process Industries***, 18(4-8), 265-7.

Stansfield, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J. and Marmot, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II Study. ***Occupational and Environmental Medicine***, 56(5), 301-7.

Stearns, P. (1997). ***Fat History***. New York University Press: New York.

Steed, L., Newman, S.P. and Hardman, S.M. (1999). An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. ***British Journal of Health Psychology***, 4, 337-47.

Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. ***American Journal of Psychiatry***, 159, 1284-93.

Stephens, R., Atkins, J. and Kingston, A. (2009). Swearing as a response to pain. ***Neuroreport***, 20(12), 1056-60.

Steptoe, A. and Wardle, J. (2004). Health-related behaviour: Prevalence and links with disease. In A. Kaptein and J. Weinman (eds) ***Health Psychology***. BPS Blackwell: Malden, MA.

Strahan, E.J., Wilson, A.E., Cressman, K.E. and Buote, V.M. (2006). Comparing to perfection: How cultural norms for appearance affect social comparisons and self-image. ***Body Image***, 3, 211-27.

Strauss, R.S. and Pollack, H.A. (2001). Epidemic increase in childhood overweight, 1986-1998. ***Journal of the American Medical Association***, 286, 2845-8.

Stroebe, W. (2008). ***Dieting, Overweight, and Obesity: Self-regulation in a food-rich Environment***. American Psychological Association: Washington DC.

Stroebe, W., Papies, E. and Aarts, H. (2008). From homoeostatic to hedonic theories of eating: Self-regulatory failure in food-rich environments. ***Applied Psychology: An International Review***, 57, 172-93.

Suls, J. and Martin, R. (2005). The daily of the garden-variety neurotic: reactive, stressors exposure, mood spillover, and maladaptive coping. ***Journal of Personality***, 73, 1-25.

Sutton, S. (2002). Testing attitude-behaviour theories using non-experimental data: An examination of some hidden assumptions. ***European Review of Social Psychology***, 13, 293-323.

Swinburn, B.A., Egger, G. and Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. ***Preventive Medicine***, 29, 563-70.

Sykes, J.B. (ed.) (1989). ***Oxford English Dictionary*** (7th edn). Oxford University Press: Oxford.

Szarewski, A. and Mansour, D. (1999). The "pill scare": The responses of authorities, doctors and patients using oral contraception. ***Human Reproduction Update***, 5(6), 627-32.

Tailor, A. and Ogden, J. (2009). Avoiding the term "obesity": An experimental study of the impact of doctors' language on patients' beliefs. ***Patient Education and Counseling***, 76, 260-4.

Tannahil, A. (1985). What is health promotion? ***Health Education Journal***, 44(4), 167-8.

Temoshok, L. (1985). Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumour-host response. ***Social Science and Medicine***, 20, 833-40.

Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. ***Social Science and Medicine***, 20, 833-40.

Temoshok, L.R., Waldstein, S.R., Wald, R.L. et al. (2008). Type C coping, alexithymia, and heart rate reactivity are associated independently and differentially with specific immune mechanisms linked to HIV progression. ***Brain, Behavior and Immunity***, 22(5), 781-92.

Thompson, S.B. (1993). ***Eating Disorders***. London: Chapman and Hall.

Throne, L.C., Bartholomew, J.B., Craig, J. and Farrar, R.P. (2000). Stress reactivity in fire fighters: An exercise intervention. ***International Journal of Stress Management***, 7, 235-46.

Tilford, S., Delaney, F. and Vogels, M. (1997). Effectiveness of mental health promotion interventions: A review. ***Health Promotion Effectiveness Review***, 4, HEA: London.

Tokuda, Y., Takahashi, O., Ohde, S. et al. (2007). Health locus of control and use of conventional and alternative care: A cohort study. ***British Journal of General Practice***, 57, 643-9.

Tones, K. and Green, J. (2004). ***Health Promotion: Planning and Strategy***. Sage: London.

Torgerson, J.S. and Sjostrom, L. (2001). The Swedish Obese Subjects (SOS) study: Rationale and results. ***International Journal of Obesity***, 25(Suppl1), S2-4.

Townsend, P. and Davidson, N. (1982). ***Inequalities in Health: The Black Report***. Penguin: London.

Trask, P.C., Paterson, A.G., Griffith, K. et al. (2003). Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma. ***Cancer***, 98, 854-64.

Trento, M., Tomelini, M., Basile, M. et al. (2008). The locus of control in patients with type I and type 2 diabetes managed by individual and group care. ***Diabetic Medicine***, 25, 86-90.

Tung, W.C., Farmer, S., Ding, K. et al. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. ***International Nursing Review***, 56, 346-53.

Tuorila, H., Lahteenmaki, L., Pohjalainen, L. and Lotti, L. (2001). Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. ***Food Quality and Preference***, 12, 29-37.

Turner, J., Batik, M., Palmer, L.J. et al. (2000). Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. ***Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***, 39(3), 378-85.

Ulijaszek, S.J. (2002). Human eating behaviour in an evolutionary ecological context. ***Proceedings of the Nutrition Society***, 61(4), 517-26.

Ulijaszek, S.J. (2007). Obesity: A disorder of convenience. ***Obesity Reviews***, 8(Suppl 1), 183-7.

Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K. et al. (2007). Health-related beliefs and Travellers: A qualitative study. ***Journal of Epidemiology and Community Health***, 61, 205-10.

Van de Putte, E.M., Engelbert, R.H., Kuis, W. et al. (2005). Chronic fatigue syndrome and health control in adolescents and parents. ***Archives of Disease in Childhood***, 90, 1020-4.

Vingard, E., Lindberg, P., Josephson, M. et al. (2005). Long term sick listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three year follow-up study. ***Scandinavian Journal of Public Health***, 33(5), 370-5.

Voland, E. and Voland, R. (1989). Evolutionary biology and psychiatry: The case of anorexia nervosa. ***Ethnology and Sociology***, 10, 223-240.

Vos, M.S., Putter, H., Van Houwelingen, H.C. and de Haes, H.C. (2009). Denial and physical outcomes in lung cancer patients: A longitudinal study. ***Lung Cancer***, DOI: 10.1016/j.lungcan .2009.04.003.

Wadden, T.A., Butryn, M.L., Sarwer, D.B. et al. (2006). Comparison of psychosocial status in treatment seeking women with class III vs class I-II obesity. ***Obesity***, 14, S90-8.

Wallack, L., Dorfman, L., Jernigan, D. and Themba, M. (1993). ***Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention***. Sage: Newbury Park, CA.

Walsh, B.T., Kaplan, A.S., Attia, E. et al. (2006). Florentine after weight restoration in AN: A randomized controlled trail. ***Journal of the American Medical Association***, 295, 2605-12.

Wansink, B. (2007). ***Mindless Eating: Why we Eat more than we Think***. Bantam Books: New York.

Wansink, B., Painter, J.E. and North, J. (2005). Bottomless bowls: Why visual cues of portion size may influence intake. ***Obesity Research***, 13(1), 93-100.

Wansink, B., Payne, C.R. and Chandon, R. (2007). Internal and external cues of meal cessation: The French paradox redux? ***Obesity***, 15(12), 2920-4.

Ward, S.E., Leventhal, H. and Love, R. (1988). Repression revisited: tactics used in coping with a sever health threat. ***Personality and Social Psychology Bulletin***, 14, 735-46.

Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G. and Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. ***Journal of Psychosomatic Research***, 48, 195-202.

Watson, D., Clark, L.A. and Tellegen, A. (1988). Development and validation of belief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. ***Journal of Personality and Social Psychology***, 54, 1063-70.

Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. ***Journal of Behavioural Medicine***, 10, 480-99.

Weinstein, A.D. and Hackett, T.P. (1961). Predilection to death: Death and dying as a psychiatric problem. ***Psychosomatic Medicine***, 23, 232-56.

Wenzel, L., Glanz, K. and Lerman, C. (2002). Stress, coping and health behaviour, pp. 210-39. In K. Glanz, B.K. Rimer and F.M. Lewis (eds) ***Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice***. Lossey-Bass: San Francisco.

Whitehead, D. (1999). The relationship between health promotion and complementary therapies. ***Complementary Therapies in Nursing and Midwifery***, 5, 171-5.

Whitelaw, S. and Watson, J. (2005). Whither health promotion events? A judicial approach to evidence. ***Health Education Research: Therapy and Practice***, 20(2), 214-25.

Whittle, G., Patenly, D. and Wilson, M. (1994). A dental health promotion campaign in a shopping centre. ***Health Education Research: Therapy and Practice***, 9, 261-5.

Williams, L., O'Caroll, R.E. and O'Connor, R.C. (2009). Type D personality and cardiac output in response to stress. ***Psychology and Health***, 24(5), 489-500.

Winefield, H. (2006). Support provision and emotional work in an internet support group for cancer patients. ***Patient Education and Counseling***, 62(2), 193-7.

Wong, C.L. and Mullen, B.A. (2009). Predicting breakfast consumption: An application of the theory of planned behaviour and the investigation of past behaviour and executive function. ***British Journal of Health Psychology***, 14, 489-504.

Woodruff, S.I., Edwards, C.C., Conway, T.L. and Elliott, S.P. (2001). Pilot test of an Internet virtual world chat room for rural teen smokers. ***Journal of Adolescent Health***, 29(4), 239-43.

World Health Organization (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization, as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.

World Health Organization (1981). ***Health Programme Evaluation: Guiding Principles***. WHO: Geneva.

World Health Organization (1984). ***Health Programme A Discussion Document on Concepts and Principles***. WHO: Geneva.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for ***Health Promotion***, 17-21 November,. Ottawa. Available at www. who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.phd, accessed31 Aug 2009.

Wringe, A., Roura, M., Urassa, M. et al. (2009). Doubts, denial and diving intervention: Understanding delayed attendance and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania. ***AIDS Care***, 21(5), 632-7.

Wurtman, J. (1990). Carbohydrate craving: Relationship between mood and disorders of carbohydrate intake. ***Drugs***, 39(Suppl 3), 49-52.

Wurtman, R.J. and Wurtman, J.J. (1995). Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. ***Obesity Research***, 3, 477-80.

Wyer, S.J., Earl, L., Joseph, S. et al. (2001). Increasing attendance at a cardiac rehabilitation programme: an intervention study using the theory of planned behaviour. ***Coronary Health Care***, 5(3), 154-9.

Yaskowich, K.M. and Stam, H.J. (2003). Cancer narratives and the cancer support group. ***Journal of Health Psychology***, 8(6), 720-37.

Yoo, S., Butler, J., Elias, T.I. and Goodman, R.M. (2009). The 6-step model for community empowerment: Revisited in public housing communities for low-income senior citizens. ***Health Promotion Practice***, 10(2), 262-75.

Yoo, S., Weed, N.E., Lempa, M.L. et al. (2004). Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. ***Health Promotion Practice***, 5(3), 256-65.

Young, L.R. and Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. ***American Journal of Public Health***, 92, 246-49.

Young, S. and Oppenheimer, D.M. (2009). Effect of communication strategy on personal risk perception and treatment adherence intentions. ***Psychology, Health and Medicine***, 14(4), 430-42.

Yzer, M., Sierra, F. and Bunk, B. (2000). Can Public campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns. ***Health Education Research: Theory and Practice***, 15, 339-52.

Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms: An analysis of patients' presenting complaints. ***American Sociological Review***, 31, 615-30.